

Factores de vulnerabilidad asociados a la génesis del trastorno depresivo persistente
(distimia) con ansiedad en un paciente adulto mayor

Carolina Gómez Truyol

Estudiante

Irene Polo Martínez

Tutora

Maestría en Psicología, profundización Clínica

Universidad del Norte

Barranquilla

2017

Agradecimientos

A Dios, Principio Supremo de todas las cosas, por la sabiduría que me colmó, por acompañarme, estimularme en todas las etapas de mi vida, en especial para alcanzar esta meta que me propuse: Maestría en Psicología, profundización Clínica

A mis padres Carmen y Mario quienes con su incansable amor, apoyo, esfuerzo y sacrificio me impulsaron y motivaron en la realización de esta Maestría

A mis familiares, en especial a mi tía Yolanda (q.e.p.d), quien siempre fue mi motor para seguir adelante con esta Maestría y sé que desde el cielo me guiará

A mi tutora Irene Polo, quien supo conducirme y orientarme en el trascurso de la Maestría, le agradezco todas sus orientaciones, su apoyo y paciencia

A mi también tutora Ana Mercedes Bello, quien fue una guía en el curso de la Maestría, le agradezco sus orientaciones y recomendaciones

A mis pacientes, en especial a la participante de este trabajo, quienes han sido motivo de inspiración en mi labor como psicóloga, les agradezco por toda su colaboración

A mis compañeros de Maestría y amistades, quienes me toleraron y animaron a seguir adelante durante los 4 semestres

A la Universidad del Norte, en especial a la coordinadora de la Maestría en Psicología profundización Clínica, la Dra. Deissy Anguila y su secretaria Ingris Burgon, por acogerme como estudiante y permitirme la realización de esta Maestría, la cual posee una alta calidad

A todos, gracias.

Contenido

2. Introducción.....	5
3. Justificación.....	8
4. Área problemática.....	14
5. Objetivos.....	23
5.1. Objetivo general.....	23
5.2. Objetivos específicos.....	23
6. Historia clínica del paciente.....	24
6.1. Identificación del paciente.....	24
6.2. Motivo de consulta.....	24
6.3. Descripción sintomática.....	25
6.4. Historia personal.....	26
6.5. Historia familiar.....	28
6.6. Genograma.....	29
6.7. Proceso de evaluación.....	29
6.8. Conceptualización diagnóstica.....	34
7. Descripción de las sesiones.....	37
7.1. Primera sesión.....	37
7.2. Segunda sesión.....	38
7.3. Tercera sesión.....	39
7.4. Cuarta sesión.....	42
7.5. Quinta sesión.....	44
7.6. Sexta sesión.....	45
7.7. Séptima sesión.....	47
8. Marco teórico.....	49
8.1 Concepto de vejez y vulnerabilidad.....	49

Factores de vulnerabilidad asociados a la génesis del trastorno depresivo persistente
(distimia) con ansiedad en un paciente adulto mayor
Carolina Gómez Truyol

8.2 Vulnerabilidad psicológica.....	51
8.2.1. Modelo de diátesis-estrés.....	52
8.2.2. Vulnerabilidad cognitiva.....	53
8.2.3. Modelo cognitivo de la Depresión de Beck.....	60
8.2.4. Personalidad predepresiva.....	63
8.2.5. Tristeza vital.....	64
8.2.6. Angustia vital.....	66
8.3 Factores psicosociales.....	68
8.4 Etapas del desarrollo psicosocial de Erikson.....	69
8.5 Teorías biológicas de la depresión.....	72
8.6 Criterios diagnósticos del Trastorno Depresivo Persistente (Distimia) con ansiedad según el DSM V.....	73
8.7 Antecedentes investigativos.....	76
8.8 Terapia breve de urgencia.....	83
9. Análisis del caso.....	86
10. Discusión y conclusiones.....	92
11. Bibliografía.....	97
12. Anexos.....	102
Anexo 1. Escala de desesperanza (HS).....	102
Anexo 2. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).....	103
Anexo 3. Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Luján, 1991).....	104
Anexo 4. Inventario de Depresión de Beck.....	105
Anexo 5. Cuestionario Assist V3.0.....	108
Anexo 6. IBT Cuestionario de Creencias Irracionales.....	113
Anexo 7. Consentimiento informado.....	117

Introducción

En el presente trabajo se analizan y explican los factores de vulnerabilidad en un adulto mayor en el origen y desarrollo del trastorno depresivo persistente (distimia) con ansiedad, como lo son: crisis de la edad, pérdidas, abandonos, vínculos inseguros, que permita identificar variables que puedan afectar el bienestar de esta paciente.

Mediante la revisión de la literatura, teniendo en cuenta el ciclo vital de esta población, se pretende analizar y explicar las variables involucradas en la génesis y el desarrollo de los trastornos depresivos con ansiedad, que contribuyen en la presentación de dicho cuadro clínico, para crear un plan de intervención cognitivo conductual.

Para el análisis de este trabajo, la paciente participante es una mujer de 67 años de edad con historias de pérdidas afectivas, abandonos por parte de familiares y personas significativas en su entorno, desencadenando una alteración del estado de ánimo tipo depresivo con síntomas ansiosos y dependencia a una benzodiacepina.

El trastorno depresivo persistente (distimia) es definido por el DSM-V (2013), como una alteración del estado de ánimo, caracterizado por ser depresivo, persistente experimentado

de forma continua durante la mayoría de los días y durante la mayor parte de los mismos, con una duración mínima de dos años, junto con otros posibles síntomas secundarios.

Uno de los factores de vulnerabilidad que presenta mayor importancia, debido al caso que aquí se presenta (paciente de 67 años) es precisamente la edad, tal como lo expresa Izquierdo (2005) “la concepción de Havighurst se extiende a lo largo de toda la vida y formula para cada fase vital unas tareas características de desarrollo (...) Para la fase de la edad adulta establece unas tareas típicas del proceso de envejecimiento, de las correspondientes pérdidas y de la proximidad del fallecimiento. La tarea general será la adaptación a un cuerpo que se deteriora, y las pérdidas, por ejemplo, de la pareja deben compensarse con mejores contactos sociales con los propios hijos y otros familiares o amigos”. Por tanto, en este trabajo se describirá los factores de vulnerabilidad que inciden en la génesis de cuadros depresivos, principalmente desde el enfoque cognitivo conductual, por lo que se analizará las percepciones e interpretaciones de esta paciente de 67 años para el desarrollo del trastorno depresivo persistente (distimia) con ansiedad.

Una condición crónica como la distimia tiene el potencial de afectar a diversas áreas en la vida de los pacientes y las personas cercanas a ellos. Estos pacientes reportan, una variedad de problemas en la salud, en las relaciones sociales y en el trabajo. Ello se refleja en estudios que han encontrado deterioro de la calidad de vida en pacientes con distimia, altos niveles de discapacidad, mal ajuste social y pobre ajuste marital en comparación con adultos sanos o personas con otras enfermedades crónicas como hipertensión o diabetes mellitus. Además, se considera que estas secuelas psicosociales de la distimia son universales y se presentan en

todas las culturas (Jiménez-Maldonado, Gallardo-Moreno, Villaseñor-Cabrera & González-Garrido, 2013). Estas son algunas de las consecuencias que trae consigo el trastorno depresivo persistente (distimia), deteriorando la calidad de vida, principalmente en adultos mayores, dadas las características del ciclo evolutivo en el que se encuentran.

En este trabajo se describirán los factores de vulnerabilidad en un paciente adulto mayor para el desarrollo de un trastorno depresivo persistente (distimia) con ansiedad mediante la revisión de teorías y antecedentes investigativos sobre la temática para de esta manera, identificar las variables que afectan la calidad de vida de este adulto mayor y así diseñar un plan de intervención cognitivo conductual. De igual forma, se abordará la terapia breve de urgencia, debido a la situación de la paciente al iniciar el proceso terapéutico, identificando su problemática y logrando una adherencia al tratamiento.

3. Justificación

Este estudio de caso tiene como finalidad describir los factores de vulnerabilidad asociados a la génesis del trastorno depresivo persistente (distimia) con ansiedad en un paciente adulto mayor, el cual servirá para identificar las variables asociadas que pueda afectar el bienestar de esta paciente y de esta manera crear un plan de intervención cognitivo conductual.

De igual forma, se pretende analizar las variables como, ciclo vital, pérdidas, abandonos, características individuales que predisponen a un adulto mayor en el desarrollo de un trastorno depresivo persistente con ansiedad mediante la revisión de teorías y antecedentes investigativos.

El estudio de caso único según Goode & Hatt (1976), citado en Arzaluz (2005) plantea que “(...) el método del estudio de caso no es una técnica particular para conseguir datos (como en la entrevista), sino una manera de organizar éstos con base en alguna unidad escogida, como puede ser la historia de vida del individuo, la historia del grupo o algún proceso social delimitado. Se pueden emplear todas las técnicas que utilice otro modo de organización: entrevistas intensivas, cuestionarios, historias personales, documentos, informes de casos hechos por otras personas, cartas, etc. La conservación del carácter unitario del caso

viene ayudada por la amplitud de los datos reunidos y los niveles de casos que se añaden, por el empleo de índices y tipologías y por el hincapié que se hace de la interacción dentro de una dimensión del tiempo”.

El estudio de caso es una base fundamental en aportes de conocimiento que permite posteriormente realizar estudios más complejos y con todos los requisitos de control experimental. Por tanto, el estudio de caso es útil al contribuir con conocimientos y técnicas específicas a la psicología clínica y, al mismo tiempo, en ocasiones ha sido la antesala del diseño de estudios experimentales bien controlados, que son los que permiten confirmar o rechazar las impresiones clínicas iniciales que proporcionaron los estudios de casos. No cabe duda que el estudio de caso es una fuente inagotable de nuevas ideas para la investigación (Kazdin, 1980). Por ello, es de suma importancia analizar los factores de vulnerabilidad en el origen y desarrollo de un trastorno del estado de ánimo tipo depresivo en un adulto mayor, debido a que generará más conocimiento y aportará nuevas ideas para investigaciones futuras principalmente en esta población, dado que es mayor los estudios en población joven. Al conocer cuáles son aquellos factores que intervienen en el inicio de la depresión de un adulto mayor, esto servirá para diseñar planes de intervención más eficaces y acorde a su etapa evolutiva y de esta manera disminuir las posibles consecuencias catastróficas como puede ser el suicidio u otras alteraciones que involucre el ámbito familiar.

Gómez & Roa (2002) expresan “(...) la depresión parece venir asociada al concepto experiencial de pérdida, ya sea real (trabajo, pareja, amistad, enfermedad,...) o percibida (Freud, 1917), así como al sentimiento de incapacidad para resolver problemas o cumplir expectativas personales (Beck, 1970)”. Por ello, las pérdidas afectivas son fundamentales al abordar cuadros depresivos, así como la interpretación y percepción de la misma, debido a que cada persona tiene una vivencia diferente y única, así como la utilización de estrategias diversas para afrontar dicha pérdida.

La vulnerabilidad de los adultos mayores es una problemática que ha surgido a través del tiempo debido a los acontecimientos del ciclo vital por el que atraviesan estas personas (crisis de edad, pérdida de familiares, abandono), por tanto, es importante que en el ámbito científico, como investigadores y profesionales en el área de salud mental, encargados del bienestar mental y emocional, se tenga en cuenta esta problemática que repercutirá en ámbitos familiares, sociales, y de esta manera afectará la calidad de vida de estos adultos mayores. Debido que el trastorno depresivo es una de las principales causantes de deterioro funcional, llegando incluso en su forma más extrema a la muerte, es una problemática que afecta no solo al paciente, sino también a todo su entorno familiar, por ende, ocasiona dificultades en su área familiar, laboral, social, haciendo de mucha importancia su estudio y posterior intervención.

De igual forma, este trabajo servirá para profesionales en psicología, al nutrir los conocimientos sobre esta población en ocasiones abandonada, teniendo en cuenta sus

características propias, las cuales han aportado con su esfuerzo y dedicación a la crianza de generaciones, sin embargo, la sociedad tiene poco en cuenta las crisis por las que atraviesan estas personas: edad, pérdidas, abandonos, las cuales la hacen vulnerables a no tener un bienestar en su calidad de vida.

La depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. Según las últimas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 300 millones de personas viven con depresión, un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015. La falta de apoyo a las personas con trastornos mentales, junto con el miedo al estigma, impiden que muchos accedan al tratamiento que necesitan para vivir vidas saludables y productivas (Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud).

Así mismo, la OMS y OPS afirman que los riesgos para la salud se incrementan al padecer de depresión “la OMS ha identificado fuertes vínculos entre la depresión y otros trastornos y enfermedades no transmisibles. La depresión aumenta el riesgo de trastornos por uso de sustancias y enfermedades como la diabetes y las enfermedades del corazón; lo contrario también es cierto, lo que significa que las personas con estas otras condiciones tienen un mayor riesgo de depresión. La depresión también es un factor de riesgo importante para el suicidio, que reclama cientos de miles de vidas cada año”.

Por tal razón, se hace necesario un estudio sobre los factores de vulnerabilidad asociados al origen y desarrollo de cuadros depresivos en adultos mayores, dado que es una población poco estudiada y tenida en cuenta, para así resaltar la importancia de su rol en la crianza de las posteriores generaciones y crear planes de intervención más eficaces.

Este trabajo se centrará en la descripción de los factores de vulnerabilidad que pueden originar un trastorno depresivo persistente (distimia) con ansiedad en un paciente adulto mayor, siendo esta la variable de estudio, sin embargo, también se abordará la terapia breve de urgencia, utilizando la escucha, reflejo, dada la situación de la paciente al iniciar el proceso terapéutico, identificando su problemática y logrando una adherencia al tratamiento.

La promoción de la salud mental comprometida con el bienestar, y enfocada en el desarrollo humano y en los determinantes sociales, incluye una variedad de intervenciones que abarquen todas las etapas de la vida y promueve en cada una un máximo potencial del desarrollo de la salud y la salud mental. En el caso de los adultos mayores, el fomento de la salud mental en la ancianidad requiere medidas de apoyo conducentes a la adaptación a los cambios asociados con el envejecimiento a las enfermedades crónicas, así como a la garantía del mantenimiento de la calidad de vida. El acondicionamiento habitacional, la provisión de suplementos y prótesis, la promoción del desarrollo cultural y el uso del tiempo en actividades edificantes, constituyen medidas de promoción al igual que el favorecimiento de las amistades,

el acompañamiento familiar permanente y la garantía de la protección social y de la salud. Una estrategia particular incluye la promoción de los cuidadores y su capacitación para que brinden el cuidado efectivo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Por ello, para promocionar la salud mental en esta población es importante el acompañamiento de su red familiar y de amistades, así como el reconocimiento de ser partícipes en el medio donde viven, percibiendo de esta manera utilidad, manifestándose en el bienestar y calidad de vida.

4. Área problemática

Dado el aumento de alteraciones en el estado de ánimo tipo depresivo en adultos mayores, se hace necesario describir los factores de vulnerabilidad que inciden en la génesis de dichas alteraciones, efectuando una revisión de antecedentes sobre esta problemática.

Llanes, López, Vázquez & Hernández (2015) en su investigación realizada en Cuba “Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor” manifiestan la problemática en esta población:

Cuba, archipiélago latinoamericano del Caribe, alcanza ya una cifra de expectativa de vida al nacer de 75 años. El 21 % de la población rebasa la sexta década, lo cual, constituye una objetiva demostración del resultado de los esfuerzos y recursos empleados para mejorar, el nivel de salud del pueblo. Este aumento en el número de senescentes determina, sin embargo, una indiscutible relevancia de enfermedades que son características de la llamada tercera edad. En este proceso o etapa involutiva el terreno propicio para que sean más frecuentes los trastornos psiquiátricos y que se caracterice esta etapa como de un mayor riesgo por el incremento de la invalidez y el deterioro progresivo, que asociados a circunstancias sociales o familiares adversas desencadenen enfermedades como la depresión.

La situación problemática viene dada por el hecho de que en otros estudios realizados se ha obtenido como conclusión que los factores psicosociales que más inciden en la depresión

del adulto mayor son las manifestaciones de violencia psicológica, necesidad de ser escuchados, pérdida de roles sociales, el temor a la muerte, adultos solos y la viudez, sin embargo, estas investigaciones por lo general se limitan a abordar el tratamiento psicológico de la depresión en la vejez, sin valorar la calidad de supervivencia con posterioridad a ser tratados.

Entre los factores psicosociales de riesgo individuales que, de acuerdo con las investigaciones científicas más actuales en concepción son esenciales en la ocurrencia de la depresión, se encuentran: presencia generalizada de necesidad de ser escuchado, pérdida de los roles sociales, sentimientos de aislamiento social, violencia psicológica, viudez, maltrato, problemas en la dinámica familiar, antecedentes familiares de depresión, personas sin apoyo social y familiar y presencia de impulsividad o de ansiedad y hostilidad.

Los factores de riesgo para la depresión deben ser conocidos por los psicólogos, porque puede que exista la posibilidad de intervenir sobre ellos para mejorar o prevenir cuadros que pueden tener un impacto pronóstico importante, de modo que la capacidad de intervenir a priori constituye un tema relevante.

La depresión del anciano no es bien conocida. La mayoría de los trabajos sobre etiología y tratamiento de los trastornos afectivos se efectúan en la población joven, sin embargo, el envejecimiento poblacional en Cuba, hecho actual con una tendencia clara a incrementarse en el futuro, tal vez conlleve a que el rango de edad en la prevalencia de la depresión vaya desplazándose progresivamente hacia las edades avanzadas. Vivir muchos

años implica vivir siendo viejo y este fenómeno, a su vez, supone un aumento de las discapacidades físicas, mentales, sociales y funcionales que pueden incidir en la presencia de alteraciones afectivas (Llanes, et al. 2015).

Los adultos mayores son considerados actualmente como personas que tienen experiencia, han recorrido un largo camino en la vida, físicamente se observa su deterioro, al mismo tiempo que envejecen en otras áreas, como cognitiva, laboral, etc., Por tanto, en ocasiones esta población es rechazada, percibiendo estos distanciamientos como inutilidad, por lo que podrían desarrollar alteraciones en el estado de ánimo.

El Ministerio de Salud y Protección Social (2015) plantea que, la promoción de la salud mental se presenta como una intervención política que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Se refiere a la salud mental positiva considerada como un recurso, un valor en sí misma y un derecho humano básico, esencial para el desarrollo económico y social. La promoción de la salud hace énfasis en las condiciones y procesos sociales que favorecen la vida, el bienestar, la salud, el desarrollo y protegen de las enfermedades, tanto en el orden de las personas como de los grupos humanos. Por tanto, se percibe la salud mental como aspectos indispensable para el desarrollo de potencialidades, teniendo en cuenta la totalidad del ser humano y cuidando por su cumplimiento.

La promoción de la salud mental comprometida con el bienestar, y enfocada en el desarrollo humano y en los determinantes sociales, incluye una variedad de intervenciones que abarquen todas las etapas de la vida y promueve en cada una un máximo potencial del desarrollo de la salud y la salud mental. En el caso de los adultos mayores, el fomento de la salud mental en la ancianidad requiere medidas de apoyo conducentes a la adaptación a los cambios asociados con el envejecimiento a las enfermedades crónicas, así como a la garantía del mantenimiento de la calidad de vida. El acondicionamiento habitacional, la provisión de suplementos y prótesis, la promoción del desarrollo cultural y el uso del tiempo en actividades edificantes, constituyen medidas de promoción al igual que el favorecimiento de las amistades, el acompañamiento familiar permanente y la garantía de la protección social y de la salud. Una estrategia particular incluye la promoción de los cuidadores y su capacitación para que brinden el cuidado efectivo. Tal como señala el Ministerio de Salud y Protección Social, para promocionar la salud mental en esta población es importante el acompañamiento de su red familiar y de amistades, así como el reconocimiento de ser partícipes en el medio donde viven, percibiendo de esta manera utilidad, manifestándose en el bienestar.

Rodríguez (2011) en su investigación “vejez y envejecimiento”, plantea lo siguiente, la esperanza de vida ha aumentado con el paso del tiempo: en Europa es de 80 años y se espera que entre el 2010 y el 2030 el número de personas en edades de 65 a 80 años aumente en un 40%. Según la OMS, en América Latina la esperanza de vida varía de 60 a 79 años.

Aunque las cifras muestran un triunfo para la humanidad debido al aumento de la expectativa de vida en el mundo, se discute esta afirmación ya que este aumento de población

de las personas mayores se acompaña de las problemáticas de envejecimiento que presentan. Además, debido a que la sociedad, el gobierno y los sistemas de salud no están preparados para atender las necesidades propias de esta población por el aumento de los costos en los servicios de salud a nivel mundial, la calidad de vida de las personas mayores se ve directamente afectada y la situación se convierte en un desafío por las exigencias económicas y sociales que supone.

Con el propósito de buscar una mejor calidad de vida para los adultos mayores, varias organizaciones –principalmente la Organización Mundial de la Salud –han realizado refuerzos para indagar acerca del tema, efectuando estrategias como la realización de asambleas. La primera asamblea se realizó en Viena en 1982 con el lema “envejecer en casa”, y se enfocó en la mejoría de las cualidades de vida de los mayores sin tener en cuenta los ámbitos económicos, sociales y culturales que influían en el proceso del envejecimiento. Por tal motivo se realizó una segunda asamblea con el lema “una sociedad para todas las edades”, en la que se evaluaron los resultados y se crearon recomendaciones y estrategias a largo plazo. De igual forma, en 2002 se realizó la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, en la cual se le dio profundidad a las problemáticas actuales y se realizaron acuerdos entre las naciones, teniendo en cuenta la actualidad de la situación y llegando a acuerdos propicios para el mejoramiento de las condiciones de las personas mayores.

Considerando la problemática general del envejecimiento y el avance en tecnología que se ha venido generando en el tiempo, la Unión Europea empezó a desarrollar una iniciativa denominada “Envejecer mejor en la sociedad de la información. Una iniciativa

i2010. Plan de acción sobre Tecnologías de la Información y la Comunicación y envejecimiento”. En este plan describen a las TIC (Tecnologías de la Información y la Comunicación) como fundamento para mejorar la calidad de vida, disfrutar de una mejor salud y vivir de manera autónoma por más tiempo, ya que plantean soluciones innovadoras para problemas de memoria, visión, audición, movilidad y les permiten a las personas ser activas en su trabajo y su comunidad, y lo más importante es que tienen acceso al conocimiento y la información.

Se puede observar que el tema del envejecimiento no es nuevo y se han realizado esfuerzos por mejorar la calidad de vida de la población de adultos mayores.

A continuación se aborda la problemática del envejecimiento en Colombia, teniendo en cuenta las políticas públicas de esta población.

Políticas públicas sobre envejecimiento y vejez en Colombia

Santos & Valencia (2015) señalan, sin ánimo de ser exhaustivos, las principales políticas públicas acometidas por los distintos gobiernos nacionales están contenidas en la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007-2019, el Plan Nacional de Desarrollo 2010-14 y el Programa para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital 2010-25.

El primero de los documentos, de diciembre de 2007, fue elaborado por el Ministerio de la Protección, y en él se especifican como cuestiones clave el envejecimiento biológico y su relación con el envejecimiento demográfico, los derechos humanos, el envejecimiento activo y la protección social integral. El segundo de los documentos, de 2011, pone el acento en la

articulación de programas que, con enfoque diferencial, se orienten a personas adultas mayores en condiciones de pobreza, en la alfabetización de adultos y en la puesta a punto de mecanismos de protección a la vejez. Finalmente, el Programa aprobado por la Alcaldía Mayor de Bogotá, en el mismo año, busca «garantizar la promoción, protección, restablecimiento y ejercicio pleno de los derechos humanos de las personas mayores, sin distingo alguno».

En un balance provisional de dichas políticas, la literatura especializada ha advertido cómo en contraste con los documentos internacionales que resaltan el «proceso» de envejecimiento con énfasis en el respeto a los derechos humanos, en Colombia las referencias a las personas adultas mayores es más bien estrecha y fatalista, pues se centra sobre todo en las condiciones de pobreza e indigencia y, desde ahí, en la articulación de medidas asistencialistas y cortoplacistas (Dulcey-Ruiz et al., 2013 citado en Santos & Valencia, 2015).

Debido a los factores de vulnerabilidad que existen en los adultos mayores para desarrollar cuadros clínicos, es importante detectar dichas vulnerabilidades para la conservación de la salud mental de estas personas, siendo estos los más beneficiados, dado que al investigar, describir, analizar estos factores, surge el sustento para la comprensión de sus comportamientos y percepciones, lo cual también ayudará a desarrollar planes de intervención que permita una mejoría en la calidad de vida de esta población.

De igual forma, este trabajo beneficiará a psicólogos al proveer los conocimientos sobre los adultos mayores, para tener en cuenta sus características y las crisis por las que

atraviesan (edad, abandonos, etc.) y de esta manera denotar su importancia para la creación de planes de intervención eficaces que mitiguen dichas dificultades y contribuya a una mejoría en su calidad de vida.

De no abordar esta problemática en la paciente participante desde el modelo cognitivo conductual, el cual pone énfasis en las cogniciones como base para alteraciones del estado de ánimo, al interpretar esta paciente las pérdidas, crisis de la edad como eventos catastróficos, así como percibir que no posee los recursos suficientes para hacer frente estas crisis “esto es horrible”, “no lo puedo soportar”, “me tensiona pensar que le puede pasar algo”, aumenta la probabilidad de originar cuadros depresivos, en este caso, con síntomas ansiosos, manifestados a nivel físico: sudoración, dolor muscular, taquicardia. Además, el no atender dichos cuadros clínicos, incrementa la gravedad de los mismos, dificultándose el pronóstico.

De acuerdo al *Boletín de Salud Mental –Depresión (2017)*, se presentan los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) del año 2015:

La ENSM de 2015 tamizó población de 12 a 17 años, de 18 a 44 y de 45 años y más; el instrumento utilizado para detectar síntomas de trastornos mentales, entre los cuales está la depresión, fue el Cuestionario de auto-reporte SQR (por sus siglas en inglés).

En los adolescentes se encontró la mayor prevalencia de síntomas de depresión con 15,8%; por regiones, las más afectadas fueron la Central –con una prevalencia de 20,9%- y la Oriental –con 16,2%³-. La población de 18 a 44 años tuvo la prevalencia más baja de síntomas de depresión y las mujeres están más afectadas.

Factores de vulnerabilidad asociados a la génesis del trastorno depresivo persistente
(distimia) con ansiedad en un paciente adulto mayor
Carolina Gómez Truyol

En el grupo de personas de 45 años y más, el tamizaje mostró que el 10,6% de las mujeres y el 6,2% de los hombres presentaron siete o más síntomas de depresión. En Bogotá se encontró el mayor número de personas con síntomas depresivos (cinco o más), con una prevalencia de 11,5%, mientras que la región Atlántica fue donde se encontró la prevalencia más baja de síntomas, con 6,6%.

La encuesta también estimó la prevalencia de depresión en los últimos 30 días, en los últimos 12 meses y en toda la vida. Estos indicadores tuvieron resultados reportados como imprecisos en niños, niñas y adolescentes. En adultos, las estimaciones de mayor precisión fueron las de prevalencia de depresión en los últimos 12 meses. En las mujeres la depresión es más frecuente que en los hombres, cualquiera que sea el trastorno depresivo. (Boletín de Salud Mental-Depresión, Subdirección de Enfermedades No Transmisibles, 2017).

5. Objetivos

5.1 Objetivo General

Describir los factores de vulnerabilidad asociados a la génesis del trastorno depresivo persistente (distimia) con ansiedad en un paciente adulto mayor, que permita crear un plan de intervención desde el modelo cognitivo conductual.

5.2 Objetivos Específicos

- Analizar las variables (ciclo vital, pérdidas, abandonos, características individuales) que predisponen a un adulto mayor en el desarrollo de un trastorno depresivo persistente con ansiedad para establecer un plan de intervención.
- Describir la relación entre pérdidas afectivas y desarrollo del trastorno depresivo persistente con ansiedad en un paciente adulto mayor que permita un tratamiento eficaz y mejoría en su calidad de vida.
- Describir el plan de intervención a partir del análisis de los factores de vulnerabilidad asociados a la génesis del trastorno depresivo persistente en un paciente adulto mayor y determinar su efectividad en el abordaje desde el enfoque cognitivo.

6. Historia clínica del paciente

6.1 Identificación del paciente

T.I es una paciente femenina de 67 años de edad quien es separada desde hace 20 años. Tiene 4 hijos, 3 de los cuales viven en otros países, actualmente convive con nieta, pareja de esta y bisnieto.

6.2 Motivo de consulta

La paciente ingresa por sus propios medios, acompañada de su hija, se observa con adecuada presentación personal, atenta, consciente, orientada globalmente, estado de ánimo ansioso debido a la abstinencia del alprazolam, llanto fácil, pensamiento lógico, lenguaje coherente, sin alteraciones sensorio-perceptivas, memoria conservada.

Paciente expresa “tengo varios meses...tengo varios hijos, hacen 18 años mi hijo se fue a E.E.U.U, quiero llorar y llorar, tomo Alprazolam dos veces al día, lloro y descanso, mi hija me dice que no llore, quiero que no me esté regañando, me desespero”

6.3 Descripción sintomática

La paciente presenta episodios de llanto todos los días “quiero llorar y llorar”, sintiendo tristeza según expresa desde hace 18 años cuando sus hijos viajan a otros países por motivos laborales, debiendo afrontar posteriormente cuestiones legales (sucesión casa materna) de manera solitaria. En ese entonces, la paciente asiste al médico, recetándole alprazolam de 0,5 mg una vez al día, pero ante persistencia de problemáticas y percepción de alivio al consumir, decide tomarlo en el día y la noche, por lo que T.I toma dicho medicamento hasta la actualidad, teniendo reacciones fisiológicas si no consume la dosis.

Así mismo, presenta alteración en el sueño, donde duerme en el día, pero en la noche se despierta a las 2 am, sintiéndose angustiada y utilizando como estrategias caminar, preparar café, leer la Biblia, cantar alabanzas. La paciente niega ideas de muerte, solo manifestando ánimo triste y llanto fácil.

De igual forma, la paciente inicia consumo de alprazolam hacen 18 años ante situaciones difíciles mencionadas anteriormente (0,5 mg una vez al día), sin embargo, continúa con la medicación de manera voluntaria (0.5 mg en la mañana y en la noche) hasta la actualidad, produciendo dependencia ante dicho medicamento y presentando reacciones fisiológicas ante su ausencia, como sudoración, temblores, pidiendo dosis superiores cuando no percibe el efecto deseado.

La paciente presenta las siguientes cogniciones: “Señor por qué, si antes no tenía plata y ahora que tengo estoy así”, recriminando su pérdida de energía y del placer, “quiero no sentir cansancio”, “usted me va a decir que no ve mejoría”, “me van a decir que estoy mal”, anticipándose de manera negativa a los eventos, “si no me ven mejoría me van a internar”, “estoy estorbando”, percibiéndose como inútil, “soy mucha carga para ella”. Estas distorsiones conllevan a malestar emocional lo cual se reflejará en su comportamiento: aislamiento, encerrarse en cuarto, llorar, alteración en el sueño, consumo de alprazolam.

6.4 Historia personal

La paciente creció en una familia conservadora, donde madre era estricta, teniendo reglas y normas, siendo el sustento del hogar, mientras que padre era pasivo, no colaborando en actividades de la casa. Su padre abandona el hogar cuando ella tiene 7 años y madre fallece (10 años), por lo que es criada por madrina de edad avanzada, sintiendo gran responsabilidad por su cuidado, así como de otras dos señoras.

A los 23 años se casa con pareja cuyas características son similares a las de su padre: pasivo, poco colaborador, el cual abandona el hogar hacen 20 años, sin embargo, durante su convivencia, fue T.I quien mantenía el hogar, dando sustento y educación a sus hijos a través de trabajos en restaurante en su casa. T.I se ha caracterizado por ser una mujer trabajadora, activa, logrando sostener familia.

Factores de vulnerabilidad asociados a la génesis del trastorno depresivo persistente
(distimia) con ansiedad en un paciente adulto mayor
Carolina Gómez Truyol

Hacen 18 años, 3 hijos viajan a otros países por motivos laborales, asumiendo separación y cuestiones legales (sucesión de casa materna) sin el apoyo de nadie, por lo que inician episodios de tristeza “quiero que estén aquí”. Sin embargo, es en agosto del año pasado cuando episodios de tristeza se incrementan, al tener visita de hija proveniente de Venezuela y posterior partida, presentando llantos de manera diaria, encerrarse en su cuarto, dormir en el día y no en la noche. De igual forma, las cogniciones sobre la estadía de su hija en Venezuela “quiero que esté aquí”, “le puede pasar algo”, inclusive ante conversaciones con hija donde ésta expresa su tranquilidad y bienestar en dicho país, sin embargo, es la paciente quien magnifica la problemática al tener los pensamientos expresados anteriormente.

Debido a percepción de situaciones como angustiantes por la partida de hijos y cuestiones legales, decide asistir al médico, el cual receta alprazolam de 0.5 mg una vez al día, pero ante continuación de problemáticas y dado el efecto de alivio que producía dicha sustancia, la paciente decide continuar voluntariamente con el medicamento sin supervisión médica, aumentando su dosis dos veces al día hasta la actualidad, produciendo reacciones fisiológicas ante la abstención del consumo o disminución de dosis anteriores.

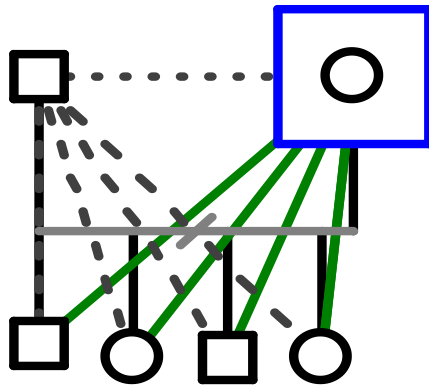
En cuanto a enfermedades físicas, la paciente tiene hipertensión arterial, gastritis y síndrome del intestino irritable.

6.5 Historia familiar

Paciente quien convive con nieta, esposo de ésta y bisnieto actualmente. Durante un mes y medio estuvo conviviendo con hija menor, yerno y dos nietos por estado de ánimo triste. Durante su estadía en ese lugar, existieron discusiones con hija debido a las reglas en el hogar como hora de comidas, medicamentos, así mismo, la paciente constantemente expresaba su deseo de volver a su hogar, percibiéndose como “soy un estorbo” y retomando antiguas rutinas, situación que preocupó a hija por estilo alimentario que poseía y desorganización en medicamentos. Desde hace aproximadamente dos meses retornó nuevamente a su hogar, percibiendo mejoría en su estado de ánimo.

Durante su niñez, la paciente manifiesta que convivió con ambos padres hasta la edad de 7 años cuando su padre abandona el hogar, posteriormente a los 10 años su madre fallece, quedando al cuidado y crianza de su madrina, una señora de avanzada edad. Su madre era “fuerte para castigar”, en donde si decía groserías la golpeaban, mientras que su padre “no hacía nada” percibiendo actitud pasiva por parte de este. En cuanto a antecedentes familiares, se registra el fallecimiento de una tía materna por infarto, la cual padecía de demencia.

6.6 Genograma



6.7 Proceso de evaluación

Áreas evaluadas	Instrumentos utilizados
Afectiva y conductual	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de desesperanza de Beck (BHS) • Inventario de ansiedad (BAI) • Inventario de depresión de Beck (BDI) • Cuestionario Assist V3.0 • Entrevista clínica con paciente e hija
Cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> • Inventario de pensamientos automáticos (Ruiz y Lujan, 1991) • IBT Cuestionario de Creencias Irracionales

Tabla 1. Áreas evaluadas e instrumentos utilizados

Resumen de evaluación y resultados

- Entrevista clínica con paciente e hija

Durante la entrevista en la primera sesión, se observa a paciente con ánimo ansioso debido a abstinencia al alprazolam, llanto fácil, expresando como motivo de consulta “tengo varios meses...tengo varios hijos, hacen 18 años mi hijo se fue a E.E.U.U, quiero llorar y llorar, tomo Alprazolam dos veces al día, lloro y descanso, mi hija me dice que no llore, quiero que no me esté regañando, me desespero”. En las sesiones siguientes la paciente se observa con dificultades en la concentración, en ocasiones llanto, expresa constantemente su deseo de regresar a casa propia, así mismo pérdida de energía para actividades, dificultades para dormir, fatiga, lentitud psicomotora, sentimientos de inutilidad “me siento estorbo”, dolores musculares. Estos síntomas inician desde hace 18 años ante viaje de hijos al exterior, aunado a afrontamiento de cuestiones legales de manera independiente, acudiendo al médico y recetándole alprazolam de 0.5 mg una vez al día, sin embargo, continúa automedicándose a través de los años, sin supervisión médica. En entrevista con hija, esta expresa que presenta llanto fácil, dificultades para dormir, pérdida de energía, fatiga, demanda medicamentos para dolores musculares debido a que presenta quejas somáticas constantemente, las cuales se evidencian incluso durante las sesiones.

- Escala de desesperanza de Beck (BHS)

Los resultados en esta escala arrojan una puntuación de 0, sin embargo, no es confiable debido a los síntomas que presenta la paciente, así como a

través de la entrevista a esta y su hija y algunas expresiones: “me siento cansada”, “le estoy dando lidia, me siento estorbo, abandonada, si esta es tu voluntad aquí estoy yo”, “usted me va a decir que no ve mejoría”, “estoy estorbando”, “me van a decir que estoy mal”, “ay Señor por qué estoy así, si era tan activa”, lo cual se puede interpretar como poca sinceridad ante la realización de la prueba.

- **Inventario de ansiedad de Beck**

En este inventario se obtuvo una puntuación de 24, esto es ansiedad moderada, lo cual se evidencia en las manifestaciones a nivel fisiológico que presenta la paciente (sudoración, taquicardia, tensión en nuca, dolor muscular, sensación de debilidad, dolor estomacal, etc.) y que causan malestar, motivándola a buscar todo tipo de ayudas como medicamentos, deseando alivio de manera inmediata.

- **Inventario de depresión de Beck (BDI)**

La puntuación obtenida fue de 21, depresión moderada, evidenciada en los síntomas de pérdida de energía, sentimientos de inutilidad, cansancio, malestares que manifiesta constantemente la paciente y que han causado deterioro funcional, lo cual es el aspecto que más le preocupa dado su estilo de vida activo: “ay Señor por qué estoy así, si era tan activa”, “me siento estorbo”, “soy una carga para ella”.

Factores de vulnerabilidad asociados a la génesis del trastorno depresivo persistente (distimia) con ansiedad en un paciente adulto mayor
Carolina Gómez Trujol

- Cuestionario Assist V3.0

Sustancia	Puntuación	Sin intervención (0-3)	Intervención breve (4-26)	Tratamiento más intensivo (27+)
Sedantes (Alprazolam)	22		x	

Tabla 2. Resultados cuestionario assist V3.0

Los puntuación arrojada indica la intervención a la sustancia alprazolam, la cual es consumida desde hace 18 años, presentando síntomas fisiológicos ante su abstinencia.

- Inventario de pensamientos automáticos (Ruiz y Lujan, 1991)

• DISTORSIONES COGNITIVAS	PUNTAJE	VALORES DE REFERENCIA		DE ACUERDO A LOS PUNTAJES OBTENIDOS EL RESULTADO FUE:		
		X	Ds.	BAJO Percentil 25	MEDIO Percentil 50	ALTO Percentil 75
1. FILTRAJE, ABSTRACCION SELECTIVA Ítems 1, 16 y 31.	5	2,38	2,0	1	2	3
2. PENSAMIENTO POLARIZADO Ítems 2, 17 y 32.	2	1,1	1,53	0	1	2
3. SOBREGENERALIZACION Ítems 3, 18 y 33.	0	1,33	1,63	0	1	2
4. INTERPRETACIÓN DEL PENSAMIENTO Ítems 4, 19 y 34.	0	1,79	1,6	0	2	3
5. VISION CATASTROFICA Ítems 5, 20 y 35.	1	1,97	1,65	1	2	3
6. PERSONALIZACION Ítems 6, 21 y 36.	1	1,3	1,48	0	1	2
7. FALACIA DE CONTROL Ítems 7, 22 y 37.	2	1,75	1,62	0	1	3
8. FALACIA DE JUSTICIA Ítems 8, 23 y 38.	1	2,1	1,85	1	2	3
9. RAZONAMIENTO EMOCIONAL Ítems 9, 24 y 39.	0	1,41	1,7	0	1	2
10. FALACIA DE CAMBIO Ítems 10, 25 y 40.	0	1,99	1,76	1	2	3
11. ETIQUETAS GLOALES Ítems 11, 26 y 41.	1	1,33	1,72	0	1	2
12. CULPABILIDAD Ítems 12, 27 y 42.	0	1,70	1,94	0	1	2
13. LOS DEBERIA Ítems 13, 28 y 43.	3	2,50	1,89	1	2	3
14. FALACIA DE RAZON Ítems 14, 29 y 44.	0	2,33	1,84	1	2	3
15. FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA Ítems 15, 30 y 45.	2	3,27	2,38	2	3	5

Tabla 3. Resultados inventario de pensamientos automáticos

Factores de vulnerabilidad asociados a la génesis del trastorno depresivo persistente (distimia) con ansiedad en un paciente adulto mayor
Carolina Gómez Truyol

Como se observa en la tabla 3, la distorsión filtraje/abstracción selectiva se encuentra por encima de la media, siendo esta la de mayor puntaje, lo cual denota en la paciente, su capacidad por extraer lo negativo de los eventos ocurridos y magnificándolos, mientras minimiza o aparta los acontecimientos positivos y agradables, concentrándose en lo desagradable. Por otro lado, las distorsiones falacia de cambio y de razón se encuentran por debajo de la media, lo que indica su desesperanza ante los eventos, minimizando las capacidades que posee para afrontar situaciones, esperando que algo externo la apoye.

- IBT Cuestionario de creencias irracionales

	PUNTUACIÓN	MEDIA	DESVIACIÓN	PROMEDIO
Necesidad de aprobación	26	30.96	7.64	38-23
Autoexigencia	28	30.24	6.33	36-23
Culpar a otros	28	30.34	5.67	36-24
Reacción a la frustración	19	31.25	5.33	36-25
Irresponsabilidad emocional	16	24.70	5.73	30-18
Ansiedad por preocupación	18	30.63	6.64	37-23
Dependencia	23	27.68	6.04	33-21
Influencia del pasado	34	25.22	6.16	58-46
Perfeccionismo	14	30.63	5.87	36-24

Tabla 4. Resultados IBT cuestionario de creencias irracionales

Como se evidencia en la tabla 4, la creencia irracional influencia del pasado se encuentra por encima de la media, lo cual indica la percepción de que el pasado determinará su vida, lo que le ocurrió, los eventos pasados influenciarán su futuro y no posee las herramientas necesarias para hacer frente, por lo que se encuentra desalentada. Por otro lado, reacción a la frustración, irresponsabilidad emocional, ansiedad por preocupación y perfeccionismo se encuentran por debajo de la media, indicando su baja expectativa de resultados positivos, así como poca participación en la resolución de sus problemáticas, a la espera de soluciones en su vida.

6.8 Conceptualización y categorización diagnóstica

Conceptualización clínica

Datos relevantes de la infancia
La paciente ha tenido pérdidas de personas significativas desde los 7 años (muertes, abandonos), siendo la partida de sus hijos el evento desencadenante para la alteración del estado de ánimo y dependencia al alprazolam.
Esquema nuclear
Autosacrificio, abandono, privación emocional
Creencias intermedias
Reglas: Debo estar mejor No debería sentirme así
Presunciones: Señor por qué, si antes no tenía plata y ahora que tengo estoy así Si no me ven mejoría me van a internar
Actitudes: Es horrible que me internen Es horrible no estar en mi casa Soy un peso para ellos

Factores de vulnerabilidad asociados a la génesis del trastorno depresivo persistente
(distimia) con ansiedad en un paciente adulto mayor
Carolina Gómez Truyol

Estrategias compensatorias		
<p>Encerrarse en cuarto a llorar</p> <p>Caminar 20 minutos</p> <p>Dormir de día y no de noche</p> <p>Levantarse a las 2 am: orar alabanzas, leer Biblia, ir al baño, preparar café,</p> <p>Pedir frecuentemente una dosis mayor de alprazolam, vitaminas u otros medicamentos para alivio de malestares</p> <p>Escribir versículos</p> <p>Cocinar cuando cocina está desocupada</p> <p>Estar en cama, no salir</p>		
Situación 1	Situación 2	Situación 3
Palanca de baño se daña	Recordar que no está con hijos	Estar en la casa sin hacer oficio
Pensamiento automático “Ándale lo dañé, que pena con la señora”	Pensamiento automático “Quiero estar con mis hijos, con los 4, me siento como un peso, me da dolor cuando me hablan fuerte”	Pensamiento automático “soy un peso para ellos”
Significado Vergüenza	Significado Abandono	Significado Incapacidad
Emoción Angustia	Emoción Tristeza	Emoción Tristeza
Conducta Arreglar palanca	Conducta Llanto	Conducta Intenta ayudar en quehaceres

Tabla 5. Conceptualización clínica

Evaluación multiaxial

Eje I: F34.1 Trastorno depresivo persistente (distimia), con ansiedad

F13.2 Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Eje II: Z03.2 Aplazado [V71.09]

Eje III: I10. Hipertensión arterial

K58 Síndrome del intestino irritable

K29 Gastritis

Eje IV: Problemas relativos al grupo familiar de apoyo, problemas relativos al ambiente social

Eje V: EEAG= 45

Diagnóstico diferencial

El trastorno depresivo persistente (distimia) se diferencia del trastorno depresivo mayor (TDM) en cuanto su gravedad, cronicidad y persistencia. En el trastorno depresivo persistente los síntomas son menos graves y crónicos que se han mantenido durante muchos años (2 o más), mientras que en el TDM, los episodios depresivos duran menos de dos años y se pueden distinguir de la actividad normal de la persona. Esto significa que durante el trastorno depresivo persistente, la sintomatología se puede considerar como parte de la personalidad del sujeto, algo que ha estado durante muchos años.

7. Descripción de las sesiones

A continuación se describen las sesiones realizadas con la paciente.

7.1 Primera sesión

Objetivo: Establecer rapport terapéutico e identificar problemas de la paciente

En la primera sesión de evaluación, se realiza el contacto inicial con la paciente, teniendo en cuenta su porte y actitud, estado de consciencia, atención, estado de ánimo, el cual se observa ansioso, con llanto fácil. Se indaga el motivo de consulta de la paciente, así como la identificación de los problemas, logrando su descripción. En esta sesión se remite a consulta prioritaria a la paciente por el ánimo ansioso debido a la abstinencia del alprazolam, así como la presentación de llanto fácil.

Durante la sesión, la paciente relata que problemática inicia desde hace 18 años con partida de hijos a otros países, describiendo estrategias compensatorias para mitigar malestares emocionales y musculares. Se realiza intervención en crisis, utilizando primeramente la escucha activa, logrando que paciente exprese sus emociones y disminuya sus niveles de ansiedad, se utiliza el reflejo, parafraseo para lograr empatía.

Se explica la relación entre los acontecimientos vivenciados y los síntomas que presenta, direccionando hacia posibles objetivos terapéuticos. Se expone la importancia de su colaboración, siendo el proceso recíproco, donde se asignarán tareas para el hogar, siendo la

primera la programación de actividades diarias y puntuación de 1 a 10 del grado de satisfacción en las actividades realizadas, así como su dominio.

7.2 Segunda sesión

Objetivo: Indagar problemas identificados y cogniciones asociadas

En la segunda sesión, se inicia indagando estado de ánimo, el cual se encuentra con leve mejoría, reaccionando a los efectos de medicamentos recetados por la psiquiatra. Se observa disminución en llanto fácil, sin embargo, continúan con quejas somáticas (dolores musculares).

Se hace explicación del modelo cognitivo, la relación entre pensamiento-emoción y conducta, la paciente reconoce con dificultad la cognición: “me siento estorbo”, indagando sobre la emoción, siendo esta tristeza. De igual forma, se explora sobre la partida de sus hijos, siendo esta una decisión socializada con anticipación, sin embargo, T.I la percibe como abandono, anhelando su presencia “quiero estar con mis 4 hijos”.

Se revisa tarea para la casa (programación de actividades diarias y técnica de dominio y agrado), donde expresa agrado en actividad de cocina de 10, se continúa con tarea para la casa: plan diario y técnica de dominio y agrado:

Terapeuta: cuénteme, ¿cómo le fue con la tarea de la semana pasada?

Paciente: bien, anoté lo que hice (muestra cuaderno donde están los horarios de actividades)

T: ¡perfecto!, ¿cuál de esas actividades que realizó, le gustó más y se sintió mejor?

P: cocinar, me gusta cocinar, así que aproveché que mi suegra no estaba y me metí a la cocina

T: muy bien, de 1 a 10 ¿qué tanto le gustó y sintió que dominó esa actividad?

P: le pongo un 10, me sentí muy bien

T: que bueno, entonces ya sabe, continúe con esta programación y haciendo lo que le gusta.

7.3 Tercera sesión

Objetivo: Explorar historia familiar y análisis de pérdidas en la paciente

En la tercera sesión, se continúa con el control del estado de ánimo, presentando leves mejorías, disminución de llanto, mayor regulación en el sueño. Se identifican cogniciones asociadas a alteración del estado de ánimo “usted me va a decir que no ve mejoría”, siendo este pensamiento el reforzador de los altos niveles de ansiedad presentados antes de citas médicas, por lo que se explica nuevamente la relación entre pensamientos, emociones y conducta:

Terapeuta: Existe una relación entre lo que pensamos, sentimos y hacemos, es decir, que no es la situación la que nos hace sentir mal, si no como la estamos interpretando. Dígame un ejemplo donde se haya sentido triste o angustiada

Factores de vulnerabilidad asociados a la génesis del trastorno depresivo persistente
(distimia) con ansiedad en un paciente adulto mayor
Carolina Gómez Truyol

Paciente: cuando vengo para acá, cada vez que sé que tengo una cita me pongo nerviosa desde el día anterior, en la noche no duermo bien, me da vasca, dolores musculares

T: bueno ese es un ejemplo, dígame que piensa en ese momento

P: que usted no me va a ver mejoría, que me van a hospitalizar. Mi yerno me dice “como siga así la van a internar”, pero mi hija me dice que si no me internaron la primera vez que llegué que estaba peor, menos ahora que estoy mejor...o ¿usted no me ve mejoría?

T: claro, usted ha tenido un gran avance, ha mejorado bastante. Fíjese usted piensa “no me va a ver mejoría”, ¿ese pensamiento la hace sentir cómo?

P: nerviosa, mal. No duermo bien

T: es decir que usted se está anticipando a algo que no ha ocurrido y que no sabe si va a ocurrir, esta imaginándose lo que no es y eso la está llevando a sentirse nerviosa... ¿de qué otra manera podría pensar, y se sintiera mejor?

Paciente no comenta, se vuelve a quejar de dolores

T: si usted pensara, “me estoy recuperando, he tenido mejorías”, ¿cómo se sentiría?

P: creo que me sentiría mejor, más tranquila

T: muy bien, ¡así es!, entonces podemos ver la relación entre pensamientos y emociones...

Luego de unos minutos, la paciente continúa con quejas somáticas, así como con poca atención.

Por otro lado, se indaga la historia familiar, donde han existido pérdidas a temprana edad como: a los 7 años, padre abandona hogar, a los 10 años madre fallece, quedando al cargo de madrina. Posteriormente, hacen 20 años su esposo la abandona y hacen 18 años hijos viajan a otros países. Ante estas pérdidas, la paciente relata que el abandono de su padre no

tuvo mayor relevancia, dado el escaso vínculo afectivo, mientras que el fallecimiento de su madre fue relevante “fue duro”, según expresa, por sus adecuadas relaciones, siendo su principal figura afectiva. Ante esta situación fue criada por su madrina de avanzada edad, donde al transcurrir los años, se invirtieron los roles, debiendo la paciente cuidar de su madrina, percibiendo una gran responsabilidad.

Por otro lado ante el abandono de su esposo, minimiza su importancia, dada las características similares con su padre “estoy mejor”, sin embargo, ha sido la partida de sus hijos hacia otros países la que ha desencadenado la alteración del estado de ánimo “me dio duro, eran muy apegados a mí”, “nunca nos habíamos separado”, denotando el estrecho vínculo afectivo con ellos. La paciente percibe esta situación como indeseable, deseando que ellos estén a su lado “quiero estar con mis 4 hijos”.

T: de acuerdo a su historia de vida y todos los acontecimientos que ha vivido, puedo comprender ¡cuántas pérdidas ha tenido!, ¡no ha debido ser fácil!

P: así es, me han pasado muchas cosas

T: pero al mismo tiempo, a pesar de todas dificultades que ha tenido, ha logrado salir adelante, trabajó duro por educar a sus hijos y que salieran adelante, ha sido una mujer fuerte

P: si doctora, quería que mis hijos se educaran...aunque cuando se fueron fue muy duro para mí, éramos muy apegados

T: entiendo señora T.I, no debió ser fácil...lo bueno es que ha decidido buscar ayuda y tiene a su hija menor que la está acompañando y apoyando, así como a sus hijos.

P: si, ellos se preocupan por mí...quiero estar con mis 4 hijos

En esta sesión, se explicó el modelo cognitivo con ejemplos de la misma paciente, a pesar de las dificultades que presentó para reconocer las cogniciones y emociones. En cuanto al análisis de las pérdidas a lo largo de su vida, la paciente ha tenido 4 significativas: abandono de padre, fallecimiento de madre, abandono de esposo y viaje de hijos. Estos abandonos y pérdidas principalmente a temprana edad (antes de los 10 años) son un factor de vulnerabilidad que predispone a la paciente a desarrollar posteriormente un cuadro depresivo, tal como lo señalan Sierra et al (2008) “existe un único estudio con una muestra importante según el cual el impacto de la pérdida maternal en el riesgo de depresión varía significativamente con la edad, siendo mayor en aquellos individuos que eran más jóvenes en el momento de la pérdida”. Además de esas pérdidas a temprana edad, ocurren posteriormente en la adultez el abandono de su esposo y el viaje de sus hijos, siendo éste el evento desencadenante de la alteración en su estado de ánimo, debido a la estrecha relación con ellos, criándolos con dedicación. Es aquí donde convergen todas las pérdidas a lo largo de su vida, percibiéndose como estorbo, poco amada y por tanto abandonada.

Al finalizar la sesión, se continúa con programación de actividades diarias para la casa.

7.4 Cuarta sesión

Objetivo: Continuar indagación historia familiar y pensamientos asociados a malestares físicos

Se continúa con control de estado de ánimo, presentando leves mejorías, disminuyendo el llanto fácil. Al evaluar la tarea para el hogar, realiza programación diaria, logrando mayor

constancia en las actividades cotidianas, así como en el consumo de medicamentos, hábitos de sueño y caminatas diarias cerca del barrio.

La paciente insiste al expresar dolores musculares, indagando sobre las cogniciones asociadas, sin embargo, presenta dificultades para identificarlas, evadiendo el tema. No obstante, se insiste en su identificación al preguntar sobre los pensamientos cuando tiene citas con psicología y psiquiatría (aumenta dolores musculares, sudoración, taquicardia etc.) logrando reconocer “usted me va a decir que no ve mejoría...y me van a hospitalizar”, asociándolo a angustia y somatizando con las respuestas fisiológicas mencionadas. Se conduce a T.I a cambiar estos pensamientos por unos alternativos, donde reconoce “Señor por qué me siento así, si la doctora me va a ayudar”, “me va a ir bien”, identificando cambios positivos en sus emociones.

P: Dra. Tengo un dolor aquí, en la espalda, me canso

T: continúan los dolores musculares, ¿a qué cree se deben?

Paciente no responde

T: ya hemos hablado del modelo cognitivo, de la asociación entre pensamientos, emociones y conducta, ¿podría decirme qué sucede cuando viene a consulta?

P: aumentan los dolores, sudo, me da vasca

T: ¿qué piensa en ese momento?

P: que usted me va a decir que no me ve mejoría y me van a hospitalizar

T: cuando piensa de esa manera, ¿cómo se siente?

P: me angustio, se me acelera el corazón, sudo...

T: si pudiera pensar de otra manera, ¿cuál sería?

P: puedo pensar “Señor por qué me siento así, si la doctora me va a ayudar, me va a ir bien”

T: bien, al hacer ese cambio en los pensamientos por unos alternativos, ¿cómo se siente ahora?

P: me siento mejor, más tranquila

T: muy bien, este ejercicio lo puede hacer cada vez que se siente angustiada y con dolores físicos, puede ser cuando venga a citas o en cualquier otra situación

P: si, cuando vengo para acá me siento así nerviosa, pero me digo “no tengo por qué sentirme así, la doctora me va a ayudar, voy a estar bien” y me siento mejor.

Al indagar más aspectos de su historia familiar, la paciente reconoce estilo estricto de madre y laxo del padre, mientras que con madrina mejoraron relaciones. T.I desde temprana edad ha tenido responsabilidades como el cuidado a otros, por lo que percibe como algo “natural” dentro del ciclo vital.

Por otro lado, ante persistencia de desear estar en su casa, se reflexiona sobre las ventajas y desventajas de estar en casa de su hija, logrando al final identificar más aspectos positivos de esta decisión.

7.5 Quinta sesión

Objetivo: Psicoeducar a paciente sobre cuadro clínico

Se continúa controlando estado de ánimo, presentando leves mejorías, solo algunas reacciones fisiológicas (sudoración excesiva). Se explica síntomas depresivos que presenta y su relación con cogniciones, emociones, fisiología y conducta, se aclara la importancia de

reconocer dichos síntomas y entenderlos como parte del cuadro clínico a paciente e hija. Inicialmente T.I se identifica con dichos síntomas (insomnio e hipersomnia, fatiga o falta de energía, dificultad para concentrarse), sin embargo, presenta en ocasiones atención dispersa, minimizando sus capacidades para afrontar los problemas, por lo que se percibe desesperanzada, lo cual mantiene la problemática “me siento estorbo”, “soy una carga para ellos”.

Por otra parte, se indaga historia académica y laboral, donde ha trabajado para su sostenimiento y el de su familia, siendo ella la principal proveedora, por lo que se destaca sus responsabilidades en diferentes ámbitos de su vida.

7.6 Sexta sesión

Objetivo: Identificar distorsiones cognitivas que mantienen los problemas e inducir a distintas alternativas

Se retoma la sesión luego de 15 días de ausencia, donde hija manifiesta retrocesos en cuanto a estado de ánimo, debido a visita a su hogar, además de situación familiar (accidente de yerno). Hija se observa angustiada, presentando llanto, por lo que se dedica parte de la sesión a su atención, ésta expresa sus preocupaciones a nivel económico y de salud de la paciente, posteriormente se recomienda consulta por psicología de manera individual.

Factores de vulnerabilidad asociados a la génesis del trastorno depresivo persistente
(distimia) con ansiedad en un paciente adulto mayor
Carolina Gómez Truyol

Con la paciente se identifican cogniciones: “estoy estorbando”, “soy mucha carga para ella”, dirigiéndose a su habitación, por lo que se percibe como retroceso en el proceso, deseando definitivamente volver a su casa, se analizan nuevamente los beneficios y perjuicios, sin embargo, se observa inflexible ante esta medida.

T: ¿qué ventajas, cosas buenas tiene el estar en la casa de su hija?

P: están pendientes de mí, estoy con mis nietos

T: y ¿qué ventajas tiene el estar en su casa?

P: pues si estoy en mi casa, quisiera venirme para acá

T: es decir que ¿está mejor en la casa de su hija?

Paciente se queja de dolores...menciona a hija de Venezuela, quejas somáticas...

T: si pusiéramos en una balanza el estar en su casa y donde su hija, ¿cuál tiene más peso?, ¿qué es mejor?

Paciente se queda pensando, finalmente reconociendo que estar con su hija es mejor por horarios de medicamentos y de comida, así como la continuación de su tratamiento.

Al expresar las cogniciones, se insta a pensamientos alternativos, sin embargo, presenta dificultades para su análisis, manifestando nuevamente quejas somáticas. Luego de insistir nuevamente en las alternativas, la paciente expresa “por qué voy a llorar”, “no tengo por qué preocuparme”, “las doctoras me van a ayudar y voy a estar bien”, manifestando cambios positivos en sus emociones.

7.7 Séptima sesión

Objetivo: Reducir niveles de ansiedad en la paciente, así como su asociación a distorsiones cognitivas

Luego de inasistencia de un mes, se retoma proceso, indagando acontecimientos en dicho tiempo donde la paciente ha regresado a su casa, al mismo tiempo, manifiesta dificultades para caminar, temblor, atribuyéndolo a medicamento, por lo que ha afectado su conducta, ya que ha suspendido las caminatas que estaba realizando todos los días por miedo a caerse, dirigiéndose a su cuarto.

Nuevamente la paciente expresa quejas somáticas, por lo que se realiza técnica de respiración abdominal y relajación muscular pasiva, siendo la puntuación en tensión antes de iniciar de 10, disminuyendo a 6 luego de la práctica según relata. Durante el ejercicio, la paciente se observa al iniciar ansiosa, sin embargo, mientras realiza la respiración abdominal disminuye. Se explica la importancia de realizar dichas técnicas, así como continuar con plan diario, identificación de cogniciones perturbadoras y pensamientos alternativos.

En esta paciente se observó con el paso de las sesiones avances a nivel cognitivo, al identificar pensamientos perturbadores y lograr una alternativa, de igual forma, a nivel conductual se evidenció mejorías en disminución de llanto fácil, sueño durante la noche, buen apetito, caminatas cercanas, video llamadas con sus hijos. Aún se debe trabajar en las

cogniciones, que permita mayores mejorías a nivel emocional, fisiológico, y por tanto bienestar en su calidad de vida.

En cuanto a la identificación de factores de vulnerabilidad asociados a la génesis del trastorno depresivo persistente con ansiedad, se identifican predisponentes psicológicos, familiares, ambientales que han desencadenado dicho cuadro clínico en la paciente. De igual forma, al transcurrir las sesiones, la paciente ha podido identificar sus problemas, logrando alternativas de solución y de esta manera continuar adherida al tratamiento durante las primeras sesiones, lo cual ha contribuido a mejoría significativa en estado de ánimo, fisiológico y conductual.

8. Marco conceptual

Los adultos mayores tienen unas características particulares, dado el ciclo vital en el que se encuentran, como abandono de hijos del hogar, nacimiento de nuevos integrantes en la familia, pérdida de funciones básicas, cambios en estilo de vida, muerte de amigos, pareja, etc. Todos estos acontecimientos influyen en su estado de ánimo, teniendo predisposición a desarrollar cualquier alteración en el estado emocional y por lo tanto, en su calidad de vida.

8.1 Concepto de vejez y vulnerabilidad

Ramos, Meza, Maldonado, Ortega & Hernández (2009), sustentan que, la palabra *vejez* viene de la voz latina *vetus* que se deriva de la raíz griega *etos* que significa “años”, “añejo”. En general, la vejez suele ser reconocida por la mayoría de nosotros a partir del tiempo acumulado, como un signo del tiempo transcurrido, independientemente de la interpretación que cada grupo o cultura haga de tal signo, es decir, del significado con el que se relaciona esta edad en función de un momento histórico determinado.

La vulnerabilidad la define Becoña (2006): “Se refiere a incrementar la probabilidad de un resultado, típicamente como un resultado de la exposición al riesgo”.

Así mismo, algunas definiciones sobre vulnerabilidad, las describe Ruiz (2012): La unidad de análisis (individuo, hogar, grupo social) se define como vulnerable *ante* una amenaza específica, o es vulnerable *a* estar en una situación de pérdida, que puede ser de la salud, del ingreso, de las capacidades básicas, etc. (Alwang *et al.*, 2001:3).

De igual forma, Ruiz (2012) expone: el análisis de la construcción de vulnerabilidad se hace en dos momentos distintos del proceso. Por un lado, en las condiciones que la unidad de análisis tiene *antes* de una situación de estrés, que le hacen más o menos propensa a una pérdida específica (susceptibilidad). Por otro lado, están las formas que desarrolla la unidad de análisis para enfrentar una situación de estrés una vez que ésta ha ocurrido, y que se relacionan con la capacidad de ajuste (Watts y Bohle, 1993; Fraser, 2003). Teniendo en cuenta estas definiciones la vulnerabilidad se convierte en un factor de predisposición para el origen y desarrollo de enfermedades, malestares físicos, emocionales que afectan la calidad de vida de las personas.

En la determinación de los marcos teóricos y metodológicos adecuados para identificar quiénes son vulnerables y cuál es la intensidad de la vulnerabilidad, un elemento clave es especificar ante qué peligros (evento, proceso o fenómeno) se es vulnerable (Wisner *et al.*, 2004:98). Alwang *et al.* (2003:3) distingue entre ‘vulnerabilidad a’³ (situaciones sociales que resultan de procesos de pérdida) y ‘vulnerabilidad ante’⁴ (amenazas y situaciones de estrés que cambian las condiciones de la unidad de análisis en un tiempo específico). Al definir vulnerabilidad como un proceso de pérdida, se implica que:

- a. Existe una situación previa ante la cual hay una transformación y
- b. Hay una evaluación de dicha transformación respecto a un parámetro de lo ‘normal’ o ‘positivo’, definido teórica y metodológicamente.

Las diferentes situaciones de cambio se definen como un proceso de vulnerabilidad cuando, al ser comparado con un parámetro mínimo, ese proceso representa una pérdida. Dependiendo de la definición de ese mínimo, la pérdida se asocia a diferentes elementos; puede ser pérdida de la vida (muerte), pérdida de recursos (pobreza), pérdida de salud (enfermedad), pérdida de capacidades o falta de satisfacción de necesidades, entre otras (Hearn, 1999:4; Moser, 1998:3-4; Adger, 2006:278; Chambers, 2006:33).

Todos estos tipos de pérdidas son importantes, afectando principalmente a adultos mayores debido al ciclo evolutivo en el que se encuentran.

8.2 Vulnerabilidad psicológica

El concepto de vulnerabilidad psicológica se ha mostrado como un constructo útil para referirse a “características internas, latentes y estables de una persona que pueden llevar a la cronificación y/o agudización de síntomas depresivos, aumentando así la probabilidad de un trastorno psicopatológico bajo la ocurrencia de sucesos vitales estresantes -adversidad en un dominio central para el sentido de autovalía en el caso de la depresión-” (Ingram, Miranda y Segal, citado en Hernangómez, L. 2012).

Así mismo, Hernangómez (2012) explica, otro matiz relevante en la definición dada de vulnerabilidad es la inclusión de cualquier factor que aumente la probabilidad de desarrollar un trastorno depresivo, evitando concepciones excesivamente reduccionistas de la

vulnerabilidad que la identifican con factores de inicio de trastorno y excluyen o minusvaloran aquellos que contribuyen a su mantenimiento o exacerbación. Por un lado, si se considera que la depresión puede iniciarse como un estado de ánimo triste “normal” que se convierte en disfuncional por su mantenimiento y/o intensificación a lo largo del tiempo (p.ej: Joormann y Gotlib, 2010), factores que en principio podrían considerarse consecuencias del estado depresivo pueden convertirse en variables clave para la determinación de una depresión clínica (por ejemplo, un determinado patrón de pensamiento o una manera de relacionarse). Por otro lado, dado el riesgo de cronicidad y el pobre pronóstico asociado con el trastorno depresivo mayor, se hace necesario entender los mecanismos por los cuales una persona se convierte en más vulnerable tras haber padecido un episodio.

8.2.1 Modelo de diátesis-estrés

Los modelos de vulnerabilidad más utilizados para explicar la instauración de la depresión han sido los llamados de diátesis-estrés. Estos modelos proponen que existen determinados factores de vulnerabilidad psicológica (diátesis), los cuales permanecen latentes en el individuo, y que en su interacción con sucesos estresantes o negativos aumentan la probabilidad de aparición y/o mantenimiento del trastorno. De esta manera, según estos modelos ante las mismas situaciones negativas tendrían mayor probabilidad de deprimirse aquellas personas que presenten una mayor cantidad e intensidad de factores de vulnerabilidad (Vázquez, Hervás, Hernangómez & Romero, 2010).

La teoría cognitiva de la depresión también propone un modelo de *diátesis-estrés*. Se hipotetiza que la predisposición a la depresión se adquiere a través de las experiencias

tempranas, las cuales van modelando esquemas potencialmente depresógenos (es decir, los esquemas con contenido negativo constituyen la diátesis cognitiva). Estos esquemas cognitivos disfuncionales permanecerán latentes hasta que son activados por un estímulo estresante (factores precipitantes, como, por ejemplo, la ruptura de una relación amorosa) para el cual el individuo está sensibilizado. Los esquemas depresógenos pueden permanecer en reposo e inactivos durante mucho tiempo o toda la vida si el sujeto no está expuesto a situaciones de riesgo; por consiguiente, el sujeto tendrá pocos pensamientos negativos (Eaves y Rush, 1984, citado en Vásquez, Muñoz & Becoña, 2000).

8.2.2 Vulnerabilidad cognitiva

Desde el modelo cognitivo, los pensamientos son la base para el desarrollo de malestares emocionales, por tanto, este es un factor de vulnerabilidad importante para entender la depresión.

Perspectivas teóricas sobre la vulnerabilidad cognitiva

Ingram citado en Manrique (2003), plantea que existen tres orientaciones teóricas que explican los orígenes de la vulnerabilidad cognitiva para la depresión: los modelos de los esquemas cognitivos, el modelo de la desesperanza y la teoría del apego.

Los modelos de los esquemas

Los esquemas cognitivos depresogénicos se desarrollan en la infancia, a partir de las respuestas frente a eventos estresantes. Una vez los sucesos son codificados cognitivamente, los esquemas sensibilizan a las personas y se activarán ante sucesos estresantes que se

asemejan a las vividas en la infancia. Beck (1967) expone que durante la infancia y adolescencia, las personas predispuestas a desarrollar depresión son más sensibles a ciertas situaciones a diferencia de otras. Las situaciones estresantes, las cuales son reforzadas debido a actitudes negativas que hacen parte del compuesto depresivo, son los prototipos de estrés que pueden activar dichos compuestos. Por tanto, cuando una persona se encuentra bajo situaciones que recuerden el evento traumático, es probable que resulte deprimida (Manrique, 2003). De acuerdo a Beck (1987) los esquemas cognitivos depresivos emiten juicios negativos sobre uno mismo y los demás, estos juicios interactúan con estresores cotidianos, dando como resultado la depresión.

Manrique (2003) expresa que el modelo reformulado de Beck ha hecho cambios de su teoría cognitiva para su aplicación a trastornos de personalidad. La personalidad es definida como la configuración de patrones específicos de procesos sociales, motivacionales y cognitivo-afectivos, donde se incluyen conductas, procesos de pensamiento, respuestas emocionales y necesidades motivacionales. Desde la perspectiva de este modelo, la personalidad es determinada por esquemas que constituyen elementos de la personalidad. Beck (1996) presenta el concepto de *modo*, que significa una red integrada de componentes cognitivos, afectivos, motivacionales y conductuales. Un *modo* puede incluir muchos esquemas cognitivos y generar en las personas reacciones psicológicas. Así como los esquemas, los *modos* son automáticos y requieren de una activación. Las personas con vulnerabilidad cognitiva expuestas a estresores, pueden desarrollar síntomas relacionados con el *modo*. Los *modos* consisten de esquemas, que contienen memorias, estrategias de solución

de problemas, imágenes y lenguaje. La activación de un *modo* específico se deriva a partir de la estructura genética de un individuo y de las creencias culturales y sociales.

Goldfried (2003) plantea que los esquemas juegan un papel importante en el procesamiento de la información, los esquemas ayudan a que las personas interactúen con los otros y el mundo. Para lograr que las cosas tengan sentido para la persona, los esquemas llevan a atender selectivamente cierta información e ignorar otras.

Young (1999, 2003) en la terapia centrada en los esquemas, plantea la existencia de Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMT) que se originan debido a experiencias traumáticas en la infancia y constituirían la base de trastornos de personalidad, así como trastornos del eje I. Estos esquemas maladaptativos luchan por sobrevivir, en función de la tendencia del ser humano hacia la consistencia. A pesar del daño que ocasiona y el malestar emocional, al resultar conocido, la persona se siente “atraída”, experimentándolo como natural y correcto, por ello es la dificultad en el cambio. Los pacientes asumen como veraces y válidos estos esquemas, influenciando en el procesamiento de experiencias posteriores, así mismo, estos esquemas determinan cómo la persona piensa, siente y actúa, llevándolos a recrear en su vida adulta, aquellas condiciones experimentadas en la infancia como traumáticas. Los EMT se caracterizan por: a) temas o patrones estables y rígidos b) incluyen recuerdos, emociones, cogniciones y sensaciones corporales c) concernientes a uno mismo y a las relaciones de uno con los otros d) desarrollados durante la infancia o adolescencia e) elaborados a lo largo de la vida f) disfuncionales en grado significativo.

Los esquemas maladaptativos tempranos son patrones emocionales y cognitivos autoderrotistas que se originan en la infancia y se repiten a lo largo de la vida. Las conductas son motivadas e impulsadas por los esquemas, pero no son parte de éstas. Los estilos de afrontamiento planteados por Young (compensación, evitación, abandono) pueden ser usados por misma persona en diversas situaciones y etapas de la vida. Por ello, los estilos de afrontamiento para un esquema no necesariamente permanecen estables en el tiempo, mientras que el esquema sí.

Young plantea 18 esquemas maladaptativos tempranos:

Desconexión y rechazo: Abandono/Inestabilidad, Desconfianza/Abuso, Privación emocional, Imperfección/Vergüenza, Aislamiento social

Perjuicio en autonomía y desempeño: Dependencia/Incompetencia, Vulnerabilidad, Enmarañamiento, Fracaso

Límites Inadecuados: Grandiosidad, Autocontrol

Tendencia hacia el otro: Subyugación, Autosacrificio, Búsqueda de aprobación/Búsqueda de reconocimiento

Sobrevigilancia e inhibición: Negatividad/Pesimismo, Control excesivo/Inhibición emocional, Estándares rígidos/Hipercriticismo, Condena.

Teoría del apego

Según Ingram, citado en Manrique (2003) la teoría del apego no era incluida dentro de los modelos de procesos cognitivos que explicaban la vulnerabilidad a la depresión. En la

teoría del apego, se plantean aquellos factores que son la base para el desarrollo de vínculos significativos, los cuales guiarán las relaciones con los demás a lo largo de la vida.

De acuerdo a Ainsworth y Bowlby, citado en Manrique (2003), las personas y animales poseen instintos de apego, con los cuales buscan crear vínculos estables con su principal figura afectiva. Bowlby (1973) propone que los seres humanos tienen una tendencia a equilibrar entre la preservación de lo conocido y la búsqueda de novedades.

Se ha señalado que los patrones de apego, persisten en la adultez y puede afectar las relaciones interpersonales, Bowlby ha expresado esto diciendo que el apego es un proceso que se expande desde “la cuna hasta la tumba”.

La calidad de la relación con las principales figuras afectivas (padres o cuidadores) es fundamental en los patrones de apego de una persona, por lo que entre más fuertes y estables sean las interacciones con los padres o cuidadores, así será el vínculo afectivo creado, lo cual determinará la calidad de las relaciones con otras personas a lo largo de la vida. Por otro lado, la interrupción en la calidad del vínculo con las personas significativas ocasiona vínculos inseguros, por ello, los patrones disfuncionales de apego en la infancia están relacionados con una vulnerabilidad a la depresión (Manrique, 2003). En el caso clínico presentado, la paciente tuvo la pérdida de sus padres antes de los 10 años de edad, siendo criada por su madrina posteriormente con la cual la calidad de sus interacciones no eran las esperadas, aunado al cuidado que debía tener a ésta por su avanzada edad.

La vulnerabilidad a la depresión que tiene relación con los patrones de apego disfuncionales tiene mucho que hacer con los procesos cognitivos. La teoría del apego ha subrayado la idea de los modelos de trabajo interno, que son similares a los modelos de los esquemas. Se sugiere que estos modelos de trabajo interno reflejan las representaciones cognitivas de las relaciones que han sido generalizadas a través de las interacciones con figuras importantes en la temprana infancia del individuo. Una vez desarrollados, los modelos de trabajo influyen en los pensamientos y creencias acerca de las relaciones con otros importantes. En cuanto al apego inseguro, el funcionamiento y organización de los modelos de trabajo conllevan a percepciones erróneas sobre las relaciones interpersonales y por ello, aumenta el riesgo de tener relaciones disfuncionales con otros. Teniendo en cuenta la importancia de las relaciones interpersonales, las cuales se convierten en factores protectores para el estrés, las relaciones disfuncionales causadas por un procesamiento cognitivo maladaptativo se convierten en factores de vulnerabilidad para la depresión (Bowlby citado en Manrique, 2003).

Bowlby (1985) expresa:

(...) los adultos, por su parte, se muestran trastornados cuando la separación es muy prolongada o permanente, como en el caso de la pérdida de un ser querido. Una serie de informes clínicos, que se inician con los primeros estudios de Freud sobre la histeria y alcanzan un volumen cuantioso en años recientes, indican, por añadidura, que las experiencias de separación y pérdida, producidas recientemente o años atrás, desempeñan un papel central en el origen de muchas condiciones clínicas (p49).

En relación a la paciente, primero ocurre el abandono del padre a los 7 años de edad, posteriormente a los 10 años fallece su madre, considerada su principal figura afectiva. Por

tanto, estas pérdidas tienen una participación importante en el origen del trastorno depresivo persistente (distimia) con ansiedad.

Así mismo, Bowlby en su libro *vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdidas* (1999), señala que aquellas personas que sufren algún trastorno mental, tienen una alteración en la capacidad de vinculación afectiva, aunque este tipo de alteración puede ocurrir por otros factores, es alta la probabilidad de que proceda de un vínculo afectivo defectuoso durante su infancia en un ambiente familiar irregular.

Específicamente, en la depresión el tipo de pérdidas sufridas en la infancia es fallecimiento del padre o madre a partir de los 5 años o en ocasiones a partir de los 10 años de edad.

Por tanto, se ha observado que en diversos pacientes psiquiátricos, la ruptura de vínculos afectivos durante la infancia es elevada tanto en la vinculación de la madre como con el padre en edades entre los 5 y 14 años (Bowlby, 1999).

Teoría de la desesperanza

Esta teoría plantea la existencia del estilo atribucional, esto es, atribuir a sí mismo, inferir negativamente sobre las causas, consecuencias sobre sucesos vitales negativos, por lo que aquellas personas que poseen estos estilos, tienen mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos (Abramson, Alloy, Metalsky, Joiner & Sandín, 1997).

El estilo atribucional está compuesto por tres dimensiones, que en conjunto o separadas se activan cuando la persona se encuentra atravesando un evento negativo o positivo, tratando de dar explicación a dicho evento, estas son: estables-inestables, globales-específicas, internas-externas (Manrique, 2003).

Abramson et al., (1997) plantean que la vulnerabilidad cognitiva está constituida por tres patrones inferenciales desadaptativos:

1) tendencia a inferir que los factores estables (probabilidad de persistir durante el tiempo) por ejemplo, “siempre me pasa esto” y globales (probabilidad de afectar a muchas áreas de la vida) “toda mi vida es un fracaso” causan los sucesos negativos. 2) tendencia a inferir que los sucesos negativos presentes conducirán a eventos negativos futuros; y 3) tendencia a inferir características negativas sobre sí mismo/a cuando ocurren sucesos negativos.

Por tanto, la vulnerabilidad cognitiva es un tipo de predisposición a la depresión, la cual incrementa su probabilidad de presentar síntomas depresivos, pero se necesitan otras variables para que se desarrollen estos síntomas depresivos. (Abramson et al., 1997).

8.2.3 Modelo Cognitivo de la Depresión de Beck

Este modelo está basado en investigaciones experimentales y observaciones clínicas sistemáticas (Beck, 1963, 1964, 1967). El modelo postula tres conceptos para explicar la depresión: la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos.

Tríada cognitiva

Consiste en tres patrones cognitivos que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo particular. En cuanto a la visión negativa de sí mismo, el paciente se percibe a sí mismo con poco valor, inútil, indigno, incapaz, indeseable, atribuye sus fracasos a defectos propios, por tanto, debido a esos defectos se cree un inútil. Se critica constantemente y considera que no es posible alcanzar la felicidad y el bienestar.

En cuanto a interpretar sus experiencias de modo negativo, el paciente considera que el mundo le hace demandas exageradas, grandes obstáculos para alcanzar sus objetivos. El paciente interpreta las interacciones con otros como derrotas, lo cual se evidencia en la percepción dada ante situaciones, aun existiendo alternativas más favorables.

El tercer componente es la visión negativa sobre el futuro. Cuando el paciente planea proyectos, considera que seguirá existiendo sufrimiento de manera indefinida, espera frustraciones, penas interminables, sus expectativas son de fracaso.

Este modelo también puede explicar los síntomas físicos de la depresión, siendo la apatía y poca energía consecuencias de interpretar todo lo que se proponga como fracaso, esta visión negativa del futuro puede producir una “inhibición psicomotriz” (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983).

Los esquemas

Los esquemas son teorías o hipótesis simples que dirigen el proceso por medio del cual una persona organiza y estructura la información sobre el mundo (Freeman y Oster, 1997); determinan qué situaciones son consideradas como importantes para el sujeto y qué aspectos de la experiencia son importantes para la toma de decisiones (Freeman y Oster, 1997 citado en Vázquez et al., 2000).

De acuerdo a estos esquemas, es como la persona organizará sus experiencias, estos esquemas pueden permanecer inactivos durante un largo período, solo activándose ante situaciones estresantes. Estos esquemas activados determinan la forma de interpretar y responder de una persona ante una situación específica (Beck, et al., 1983).

Errores en el procesamiento de la información

Los continuos errores en el procesamiento de la información mantienen la validez de las creencias negativas, a pesar de existir evidencia en contra.

Se puede abordar los errores en el pensamiento conceptualizándolo en dos modos: primitivos y maduros: las personas depresivas tienden a interpretar sus experiencias de modo primitivo, esto es, de manera inflexible, absolutista, extrema, por tanto, las respuestas emocionales son negativas. Por otra parte, los modos maduros, el pensamiento integra las situaciones en varias dimensiones, con criterios relativos y no absolutistas (Beck et al., 1983).

Por otra parte, otro factor importante al analizar el origen del trastorno depresivo persistente en la paciente, es determinar sus características de personalidad antes de la enfermedad.

8.2.4 Personalidad predepresiva

El psiquiatra japonés Shimoda (1932, 1960) explica los datos depresivos más característicos en su país: hipersensibilidad del aparato emocional que da lugar al hundimiento insistente y tenaz en determinado tipo de pensamientos, considerándolo como un tipo de manifestación de un determinado gen. Tener este rasgo lo predispone a padecer depresión, sumado a la perfección y obsesión por hacer las cosas. Se refiere también al modo de instalación de las depresiones preseniles en este tipo de constitución: esta constitución se caracteriza por “una tendencia a permanecer fijado o adherido a pensamientos o sentimientos...por ello, un sujeto con este carácter no puede sentirse aliviado sino tras haber realizado a fondo aquello que emprendió...se trata de un rasgo positivo del carácter que tan solo permite que uno se sienta satisfecho cuando se han cumplido a fondo tanto la tarea como el propio deber o la propia responsabilidad. Estas personas son siempre muy apreciadas como ejemplares, dignas de confianza y serias. Cuando en cualquier ocasión, ya sea de índole psíquica o corporal, se esfuerzan en exceso, surge la melancolía presenil” (Rojas, 1981). Lo que significa, que la personalidad previa a la depresión tiene como características la excesiva atención al trabajo, honradez, orden, altos estándares morales, digno de confianza, etc.

Con lo anterior, se puede concluir que existe una predisposición de tipo psicológica para desarrollar depresión, basándose en las características de personalidad previa a presentarse la enfermedad, logrando su exacerbación, esto no quiere decir que necesariamente quien tenga este tipo de características desarrollará depresión, pero presenta mayor riesgo de padecer cuadros depresivos. En el caso de la paciente participante, se observa su capacidad de dedicación al trabajo a lo largo de su vida, su preocupación por realizar todo de manera ordenada y adecuada, cuidando de otros, teniendo responsabilidades y cumpliendo a cabalidad con las mismas.

8.2.5 Tristeza vital

Rojas (1981) expone sobre la tristeza vital, la cual la considera como el síntoma principal de la depresión, la característica esencial es una disminución del estado de ánimo manifestado a través del plano somático y aunque en apariencia sean físicas, tienen su componente afectivo. Esta tristeza vital se produce: de manera súbita o puede surgir de la angustia.

Tristeza vital que se produce de forma súbita

El cambio en el estado de ánimo se produce de rapidez de un día para otro o en el curso de una semana. En cada caso, el sujeto lo percibe de manera sorpresiva en esta primera fase depresiva, la cual se caracteriza por una *experiencia interna*, esto es de “desierto emocional”, donde la persona pierde el interés hacia las cosas y personas, sin existir un motivo real. La tristeza vital se caracteriza por ser corporal, es decir, involucrar aspectos fisiológicos como

dolores de cabeza, de brazos, cuerpo, etc., somatiza, mientras que la tristeza psíquica tiene pocas implicaciones corporales. De igual forma, la tristeza vital es inmotivada, entraña un sentimiento retrospectivo que genera culpa.

El *sentimiento depresivo como conducta* consiste en un retraimiento del comportamiento, lentitud en funcionamiento y no disposición hacia las actividades. Feighner y cols (1972) consideran unos criterios para diagnosticar depresión:

1. Alteración en la afectividad, estar deprimido, triste, melancólico, desesperado, etc.
2. Aparición de 5 síntomas: a) pérdida o aumento de apetito b) dificultad para dormir (insomnio o hipersomnia) c) pérdida de energía, fatiga d) agitación o inhibición e) pérdida de interés por las actividades cotidianas f) sentimientos de culpa y autorreproche g) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse h) ideas repetidas y persistentes de muerte o suicidio.
3. Deben durar un mes sin condiciones psiquiátricas como drogodependencias, esquizofrenia, etc.

Tristeza vital que se produce de modo insidioso

Su raíz es la angustia, esta es el punto de partida de enfermedades psicosomáticas. En los pacientes aparece la sensación de estar aburridos, expresándose a través del cansancio por la repetición del suceso, al mismo tiempo que tienen un sentimiento de vacío y apatía hacia

todo. El aburrimiento envuelve a la persona, percibiendo todo con indiferencia, el cual tiene como fondo la angustia, manifestándose esta en el plano digestivo: vómitos, asco. En el aburrimiento se encuentra alterada la afectividad, aflorando notas de tristeza convirtiéndose en melancolía, posteriormente se transforma en desesperación, donde está comprometida la visión sobre el futuro. La esperanza es el puente que une con el futuro, sin embargo, en la desesperación la persona se encuentra sin salida, cayendo en desesperanza, esto es, renunciar a la vida, es aquí donde el suicidio cobra fuerza para liberar a la persona de la angustia que lo embarga, por tanto, la desesperación es el punto de partida hacia el suicidio.

8.2.6 Angustia vital

La angustia se observa a través de tres dimensiones: experiencia interior, como conducta subsiguiente y como emoción que ocasiona reacciones fisiológicas. Como *experiencia interior*, la angustia es como una anticipación llena de incertidumbre, esto es, un temor indefinido, vago, impreciso, diferenciándose del miedo en que este es por algo, mientras que la angustia es por nada (Rojas, 1981).

Existen diferencias entre angustia y ansiedad: la angustia la persona queda sin fuerzas para reaccionar ante situación de temor, esta vivencia posee un componente gastrointestinal, mientras que en la ansiedad, la persona se encuentra en un estado de sobresalto, como intentando resolver la situación mediante la participación activa, aquí predomina lo psíquico,

con sensación de muerte inminente, plasmándose a nivel respiratorio: falta de aire; en la angustia, existe una relación a nivel gastrointestinal.

En cuanto a las ideas suicidas, dado que en la ansiedad predomina el componente psíquico, es probable que surjan mayores ideas de muerte, acompañadas de participación motora, de igual forma, en la angustia el efecto es paralizador, mientras que en la ansiedad es todo lo contrario, siendo más fácil que surja la autoagresividad.

La conducta

En la ansiedad se produce un estado de alerta prolongada que prepara el terreno para una respuesta específica, anticipándose el peligro percibido, por tanto, la atención está al máximo, hipervigilante para dar una respuesta pronto. La ansiedad provoca estar en guardia para responder ante esa amenaza, pero cuando ésta se exagera, desorganiza la estructura psicofísica global del sujeto, por lo que éste no actúa, produciéndose un estado de inactivación, impotencia en cuanto a la respuesta defensiva al observarse con demasiada ansiedad: el exceso en cuanto a la duración e intensidad va a traer consigo estos resultados. (Rojas, 1981).

Respuestas fisiológicas

Las manifestaciones fisiológicas de la angustia están condicionadas por grandes descargas de adrenalina. La estimulación simpática produce en la médula suprarrenal grandes

cantidades de adrenalina que pasan a la sangre circulante y son llevadas por la sangre a toda la economía orgánica. Los efectos causados sobre los diversos órganos tienen el mismo significado que la estimulación simpática directa: taquicardia, hipersudoración, dilatación pupilar, hipertensión arterial (Rojas, 1981).

8.3 Factores psicosociales

Ayuso & Sáiz (1981) plantean estudios controlados que indican que en sujetos con depresión, en el periodo inmediatamente anterior al inicio de la sintomatología, existió todo tipo de acontecimientos. El trabajo de Payke et al., (1969) es uno de los más interesantes en relación a los sucesos vitales y depresión: los autores clasificaron los sucesos vitales con arreglo a los siguientes criterios: 1) los cambios en el campo social podían ser considerados, utilizando un símil de la contabilidad, como “entradas”, esto es, nacimientos, matrimonio, incorporación de un familiar al hogar o “salidas”, esto es, muerte, divorcio, separación de hijos. 2) ciertos sucesos son percibidos en general por la sociedad como indeseables y otros como deseables. Los resultados de la investigación, muestran un exceso global de situaciones de cambio antes del comienzo de la depresión, predominando los eventos considerados como indeseables y “salidas” (Ayuso & Sáiz, 1981). Esto significa que aquellos eventos negativos, desafortunados, vivenciados antes de desarrollar el cuadro clínico depresivo, fueron un factor de predisposición para la génesis de dicho cuadro clínico.

En otros estudios, se evidencia que la depresión está relacionada con el estrés de la vida, como las separaciones y las pérdidas interpersonales (Sethi, 1964; Levi et al., 1966; Beck y Worthen, 1972; Clancy et al., 1973; Jacobs et al., 1974). Sin embargo, existen otros tipos de sucesos vitales aparentemente positivos que pueden desencadenar en cuadros depresivos, como lo son ascensos laborales, mejoras económicas, logro de objetivos anhelados. Aquí pueden participar factores de connotación negativa debido a alguna amenaza oculta, como aumento de responsabilidades, cambio de residencia debido al ascenso laboral (Ayuso & Sáiz, 1981).

La tendencia actual en los estudios sobre la génesis de los trastornos depresivos apoya la idea de que la depresión en el adulto surge de la interacción entre ciertas situaciones estresantes y un factor de predisposición o vulnerabilidad de la personalidad del sujeto. Así mismo, también se involucra al ambiente en este desarrollo. De esta forma, los factores precipitantes que preceden al desarrollo de la depresión son considerados como detonantes, así mismo, los eventos traumáticos durante la infancia constituyen elementos formativos en el desarrollo de la personalidad proclive a la depresión (Ayuso & Sáiz, 1981).

8.4 Etapas del desarrollo psicosocial de Erick Erikson

Bordignon (2005) plantea: la perspectiva de Erikson fue organizar una visión del desarrollo del ciclo completo de la vida de la persona humana, -extendiéndolo en el *tiempo*, de la infancia a la vejez, y en los *contenidos*, el psicosexual y el psicosocial-, organizados en

ocho estadios. Cada estadio integra el nivel somático, psíquico y ético-social y el principio epigenético; comprende un conjunto integrado de estructuras operacionales que constituyen los procesos psicosexuales y psicosociales de una persona en un momento dado. Los estadios son jerárquicos, esto es, integran las cualidades y las limitaciones de los estadios anteriores; el modelo epigenético de Erikson es también un modelo ontogenético. Los estadios son procesales y en continuo desarrollo, implicando la transformación de las estructuras operacionales como un todo, en la dirección de la mayor diferenciación interna, complejidad, flexibilidad y estabilidad.

Crisis

La crisis según Erikson comprende el paso de un estadio a otro, como un proceso progresivo de cambio de las estructuras operacionales, o un proceso de estancamiento (o regresivo) en el mismo, manteniendo las estructuras operacionales. Comprende, también, la relación dialéctica entre las fuerzas sintónicas (virtudes o potencialidades) y las distónicas (defectos o vulnerabilidad) de cada estadio. De la resolución positiva de la crisis dialéctica emerge una fuerza, virtud o potencialidad, específica para aquella fase. De su no resolución emerge una patología, un defecto o fragilidad específica para aquel estadio. Las fuerzas sintónicas y distónicas pasan a hacer parte de la vida de la persona, influenciando la formación de los principios de orden social y las ritualizaciones (vinculantes o desvinculantes) así como todos los contenidos y procesos afectivos, cognitivos y comportamentales de la persona, asociados a su interacción social y profesional (Bordignon, 2005).

En este trabajo, teniendo en cuenta que la paciente participante es un adulto mayor de 67 años de edad, se enfatizará en la última etapa del desarrollo psicosocial de Erikson:

Etapa 8: Integridad vs Desesperación

En esta etapa, la principal tarea es lograr una identidad del yo, donde la persona se sienta satisfecha por los logros alcanzados a lo largo de su vida, se analizan los errores cometidos, las experiencias vivenciadas. De lograr un desarrollo sano en esta etapa, el adulto puede reflexionar sobre las decisiones tomadas en su vida, sintiéndose que ha vivido, puede contemplar la vida como un todo significativo. La persona está en búsqueda de un envejecimiento satisfactorio, espiritual, la sabiduría.

Por el contrario, una resolución negativa de esta crisis, la persona se sentirá arrepentida, con remordimientos de los errores cometidos, desilusionada, en donde quisiera retroceder el tiempo, pero es consciente de que no se puede.

Otra de las características es el retiro del trabajo, finalización de crianza de hijos, interpretando que no son útiles. Aunado al deterioro biológico, donde inicia la menopausia, enfermedades, preocupación por su salud. Así mismo, surgen preocupaciones por la muerte de familiares, amigos, pareja, así como la propia. Es aquí donde aumenta la probabilidad de padecer algún tipo de trastorno del estado de ánimo.

En la paciente que se analiza, presenta problemas de salud, hipertensión, colon irritable, gastritis, además de partida de sus hijos del hogar, preocupación por ellos que se

encuentran en otros países, siendo un factor determinante en la génesis del trastorno depresivo persistente.

8.5 Teorías biológicas de la depresión

La mayoría de las teorías de la depresión hipotetizan alteraciones en uno o más de los sistemas neuroquímicos del cerebro. La investigación se centra fundamentalmente en el papel que juegan varios neurotransmisores del sistema nervioso central; en concreto, en las catecolaminas noradrenalina y dopamina, la indolamina serotonina y la acetilcolina (véase Friedman y Thase, 1995; Thase y Howland, 1995). Friedman y Thase (1995) plantean que la depresión, desde el punto de vista biológico, puede entenderse como una anormalidad en la regulación en uno o más de los siguientes sistemas neuroconductuales: 1) facilitación conductual; 2) inhibición conductual; 3) grado de respuesta al estrés; 4) ritmos biológicos; y 5) procesamiento ejecutivo cortical de la información. Los déficits en estos sistemas podrían ser heredados o adquiridos. Incluso, una explicación más plausible, sería que las anormalidades en alguno de estos sistemas que pueda generar depresión en un individuo, se produjesen como consecuencia de la interacción entre los sucesos estresantes que experimentan dicho sujeto y su vulnerabilidad biológica (Post, 1992; Thase y Howland, 1995 citado en Vázquez et al., 2000).

8.6 Criterios diagnósticos del Trastorno Depresivo Persistente (Distimia), con ansiedad, según el DSM V

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

Factores de vulnerabilidad asociados a la génesis del trastorno depresivo persistente
(distimia) con ansiedad en un paciente adulto mayor
Carolina Gómez Truyol

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrán síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado.

Especificar si:

Con ansiedad, Con características mixtas, Con características melancólicas, Con características atípicas, Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo, Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo, Con inicio en el periparto

Especificar si:

En remisión parcial, En remisión total

Factores de vulnerabilidad asociados a la génesis del trastorno depresivo persistente
(distimia) con ansiedad en un paciente adulto mayor
Carolina Gómez Truyol

Especificar si:

Inicio temprano: Si el inicio es antes de los 21 años.

Inicio tardío: Si el inicio es a partir de los 21 años.

Especificar si (durante la mayor parte de los dos años más recientes del trastorno depresivo persistente):

Con síndrome distímico puro: No se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor al menos en los dos años anteriores.

Con episodio de depresión mayor persistente: Se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor durante los dos años anteriores.

Con episodios intermitentes de depresión mayor, con episodio actual: Actualmente se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido períodos de al menos 8 semanas en por lo menos los dos años anteriores con síntomas por debajo del umbral para un episodio de depresión mayor completo.

Con episodios intermitentes de depresión mayor, sin episodio actual: Actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido uno o más episodios de depresión mayor al menos en los dos años anteriores.

Especificar la gravedad actual:

Leve, Moderado, Grave

8.7 Antecedentes investigativos

Llanes et al., (2015) en su investigación denominada *Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor*, la cual fue realizada en Cuba, destaca los factores que predisponen a un adulto mayor a desarrollar un cuadro clínico depresivo.

Como lo exponen Llanes et., al (2015) se realizó un estudio exploratorio, descriptivo, de corte transversal, en adultos mayores de 60 años, en el Policlínico Docente “Felipe Poey Aloy” del área de salud de Nueva Paz, provincia Mayabeque, en el período comprendido desde enero hasta diciembre de 2012, con el objetivo de describir los factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor.

El trabajo se apoyó en la propuesta metodológica del modelo comunitario en psiquiatría, donde se plantea investigar a partir del llamado Análisis de la Situación de Salud del adulto mayor, los principales problemas de salud encontrados, donde la depresión constituyó una de las enfermedades más frecuentes. Se contó con el consentimiento informado de los ancianos estudiados, las cuidadoras y sus familiares, donde se les realizó una explicación exhaustiva del motivo de esta investigación y el propósito que nos trazábamos con ella para contribuir al mejoramiento del estado depresivo del adulto mayor.

Para desarrollarse este estudio se coordinó con los equipos básicos de salud de los consultorios del área de salud de Nueva Paz, quienes notificaron a la Consulta de Salud

Mental los casos del adulto mayor que presentaron en consulta síntomas y signos de enfermedad depresiva.

El total de los mismos fue de 204 casos notificados, convirtiéndose ésta en la población de estudio; la muestra se seleccionó por criterio opinático una vez excluidos los 58 casos, quedando conformada por 146 senescentes. Para describir los factores psicosociales que inciden en la depresión de los ancianos, el estudio se apoyó en un cuestionario creado por los autores, el cual se ajusta a los objetivos propuestos, explorando distintas áreas de interés relacionadas con la vida del encuestado.

El cuestionario consta de 8 preguntas, con las cuales se persigue tener una información y una visión más profunda de los aspectos explorados. El mismo recoge variables socio demográficas como la: edad, sexo. Además de otras variables como: antecedentes patológicos familiares y personales de depresión, factores psicosociales asociados a la depresión.

Los instrumentos utilizados fueron el Test de Depresión Geriátrica de Yesavage utilizado en el Centro Iberoamericano de Atención a la Tercera Edad. Esta escala consta de 15 ítems que se responden de manera afirmativa y negativa de acuerdo con el criterio del encuestado y da la posibilidad de conocer el grado de depresión, donde la depresión normal es cuando el paciente puntea entre 0-10, la depresión leve entre 11-15 y la depresión establecida > 15 puntos.

Los instrumentos se aplicaron de manera personal, en un ambiente privado con la sola presencia del encuestado y el investigador, y respetando todos los principios éticos. Se realizó la distribución de frecuencia de todas las variables estudiadas usando técnicas cuantitativas, volcándose los resultados en tablas de distribución de frecuencias que se crearon al efecto. Los datos fueron analizados y procesados mediante material de escritorio, calculándose porcentajes.

Resultados

Según la edad, aparecen diferentes grupos de edades donde el grupo de 75-79 años es el de mayor representatividad con 38 ancianos, para un 26.04 %, predominando el sexo femenino, para el 64.38 %, con 94 mujeres.

En cuanto a los factores psicológicos referidos por los ancianos, se encuentra el temor a la muerte en 114 ancianos, para un 78.08 % el factor predominante y el más desencadenante de la depresión, encontrando que lo sigue la inadaptación a la jubilación en 103 senescentes, con un 70.54 %, en ambos sexos. La violencia psicológica se comportó en un 67.12 %, cifra ésta significativa en relación con el total de ancianos deprimidos, además resultó interesante la necesidad de ser escuchado con un 57.53 %.

El número de ancianos que se encuentran afectados por los diferentes factores de riesgo sociales; la necesidad de comunicación social y la viudez alcanzaron los mayores índices con 56.85 % y 56.16 % respectivamente, mientras que los insuficientes ingresos económicos y la dependencia de hábitos tóxicos tuvieron también cifras representativas, 54.10

%, y 49.31 % en cada caso. Mientras que los síntomas psicossomáticos asociados a la depresión en los ancianos, fueron relevantes la desesperanza con un, 86.98 % y la tristeza, con un, 80.13 %.

Finalmente, se observa que la depresión predominante fue la establecida con un 50.69%, destacándose el sexo femenino con un 31.51 %, con un mayor predominio y frecuencia de estos tres tipo de depresión (normal, leve y establecida)

Se concluye que son múltiples los factores psicosociales que influyen en la depresión del adulto mayor pero los más importantes que predominaron tienen que ver con los eventos que ocurren en la convivencia familiar que si el mismo no es funcional trae consigo el agravamiento de los factores psicosociales descritos, por lo que se recomienda realizar una intervención comunitaria que eduque a las familias a convivir funcionalmente con los ancianos (Llanes et al., 2015).

En otra investigación realizada en Antioquia, Colombia denominada *Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012*, Segura, Cardona, Segura & Garzón (2015) tienen como objetivo explorar la asociación entre el riesgo de depresión y los aspectos demográficos, sociales y funcionales de los adultos mayores del Departamento de Antioquia en el año 2012.

Se realizó un estudio transversal analítico, con fuente de información primaria de 4 248 adultos mayores de 60 años ubicados en 37 municipios del departamento de Antioquia donde se indagó por sus características demográficas, sociales y funcionales como variables

independientes y el riesgo de depresión como variable dependiente. Las demográficas fueron sexo, edad, estado civil, escolaridad y área de residencia. Las variables sociales estudiadas fueron: consumo de cigarrillo, consumo de alcohol, apoyo comunitario y percepción de calidad de vida. Y como variables funcionales se tomó el índice de Katz, escala que mide la capacidad de realizar actividades básicas de la vida cotidiana de manera autónoma (bañarse, vestirse, alimentarse y desplazarse), esta escala consta de 6 ítems, puntuación de 0-1 indica riesgo de dependencia severa, 2-3 riesgo de dependencia moderada, 4-5 riesgo de dependencia leve y ≥ 6 independencia.

Los adultos mayores fueron seleccionados por muestreo probabilístico por conglomerados bietápico, donde las unidades secundarias de muestreo fueron los municipios, seleccionando cuatro municipios de manera aleatoria en cada subregión del Departamento; las unidades primarias de muestreo fueron las manzanas, sectores y centros rurales poblados donde fueron seleccionados los hogares donde residían los adultos mayores que constituyeron la unidad final de análisis. Se incluyeron personas de 60 años y más residentes en los municipios del Departamento y centros poblados en las 10 regiones del Departamento, que firmaron el consentimiento informado. Se excluyeron adultos mayores institucionalizados y aquellos con puntuación menor a 20 puntos en el Mini Examen Cognoscitivo (MMSE) que evalúa el funcionamiento cognitivo; un puntaje menor a evidencia incapacidad para responder al instrumento.

Para determinar el riesgo de depresión se utilizó la escala de valoración geriátrica de depresión de Yesavage en su versión reducida de 15 ítems, se utilizó un punto de corte de 6 o

más para considerar presencia de síntomas depresivos. Esta escala ha sido validada en adultos mayores colombianos, pero no es un sustituto para una entrevista diagnóstica por profesionales de la salud mental; es una herramienta útil y rápida de detección, usada en el ámbito clínico y en el poblacional. El análisis de los datos se hizo con el paquete estadístico SPSS versión 21 (SPSS Inc; Chicago, Illinois, USA) licencia de la Universidad CES. Se realizó un análisis univariado, donde se calcularon medidas de frecuencia absolutas y relativas a las variables cualitativas y medidas de resumen para las variables cuantitativas previa prueba de normalidad (Kolmogorow- Smirnov). Se calcularon razones de disparidad (OR) y la prueba estadística Chi-cuadrado para determinar las variables que se encontraban asociadas al riesgo de depresión, con su intervalo de confianza del 95 % (IC95 %) y se consideró asociación estadística con valores p menores del 5 %. Se usó la regresión logística binaria con fines explicativos con las variables asociadas identificadas en el análisis bivariado.

Para el control del sesgo de información se realizó una revisión general de los datos recolectados buscando garantizar la calidad de los mismos, se verificó que todas las variables estuvieran completamente diligenciadas y no faltaran datos. Para controlar la confusión se realizó análisis estratificado a través de la regresión. Esta investigación se consideró con riesgo mínimo según la Resolución 8430 de 1993 y contó con la aprobación del comité de ética en investigación de la Universidad CES.

Resultados

Características demográficas La edad promedio de los adultos mayores fue de 71,1 años (DE=8,21 años), con edades entre 60 y 112 años. El 68,6 % de los adultos mayores se

ubicaban en las edades entre 60 y 74 años, denominados adultos mayores jóvenes, el 29,2 % tenían edades entre los 75 y 89 años, considerados adultos mayores viejos, el 1,9 % de ellos tenían entre 90 y 99 años, denominados adultos mayores longevos y el 0,2 % presentaron una edad mayor de 100 años, conocidos como adultos mayores centenarios. El 62,0 % son mujeres con una razón de 1:1,63; el estado civil predominante fueron los casados con un 29,5 %; en cuanto a la escolaridad el 61,8 % realizaron estudios de primaria o menos y predominan las personas residentes en el área urbana del departamento.

Dentro de las características sociales de los adultos mayores el 15,0 % reportó consumo habitual de cigarrillo y el 11,9 % consumo habitual de bebidas alcohólicas; el 62,1 % refieren no participar en ninguna actividad comunitaria, de los que sí lo hacen, el 15,6 % se inclinan por grupos religiosos. El 54,1 % de los adultos mayores califica su calidad de vida como buena (autoreporte). En cuanto a la capacidad funcional, el 95,6 % refieren ser capaz de alimentarse solos, el 97,2 % manifiestan alimentarse sin ayuda y el 90,7 % no requieren ayuda para su movilización.

De las demás variables analizadas, se encontró asociación estadística entre el riesgo de depresión y la edad, el estado civil, el nivel educativo, el consumo de cigarrillo, el consumo de alcohol, el apoyo comunitario, la percepción de calidad de vida y las capacidades funcionales. Factores asociados al riesgo de depresión. La condición anímica de los adultos mayores, medida con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, fue categorizada en dos grupos (con y sin riesgo). El 29,5 % presenta riesgo de padecer depresión y el 70,5 % se muestra sin riesgo. Luego de ajustar el riesgo de depresión en los adultos mayores por las demás variables

de interés se observaron algunas variaciones. En cuanto a la edad, los adultos mayores longevos (90-99 años) presentaron una prevalencia al compararlo con centenarios; en general se observó poca variación en los OR crudo y ajustado en cuanto a la edad.

Con respecto al estado civil, después de ajustar, la mayor probabilidad de padecer depresión la tienen quienes se encuentran solos, específicamente para aquellos separados/divorciados, solteros y viudos; y tener algún grado de escolaridad se considera que disminuye esta probabilidad. En cuanto a los hábitos, el consumo de cigarrillo es considerado un factor de riesgo para presentar sintomatología depresiva, pero el consumo de alcohol se observa como un factor protector en ambas mediciones, pero al ajustar por las demás variables ambas sustancias pierden significación estadística. La poca o nula participación en actividades comunitarias, la percepción de mala calidad de vida y la pérdida de la capacidad funcional y condición de dependencia se consideran factores de riesgo para la presencia de alteraciones anímicas en los adultos mayores (Segura et al., 2015).

8.8 Terapia breve de urgencia o terapia multimodal

También conocida como terapia multimodal para crisis, intervención en crisis de segunda instancia o terapia breve de urgencia con tiempo limitado, es el tratamiento que se elige en situaciones de crisis; es un proceso terapéutico breve, donde el proceso de ayuda para que las personas puedan recuperar el equilibrio después del incidente puede tomar de 1 a 6 semanas, (Caplan, 1964; Aguilera y otros, 1974; Burgess & Baldwin, 1981; Slaikeu, 1984).

Antes de un suceso crítico, el individuo (persona-sistema) se encuentra estable, seguro, funcionando adecuadamente como un miembro de un grupo familiar o social que está alojado en un ambiente comunitario, parte de una amplia cultura social. El suceso precipitante (pérdida de un ser querido, desempleo) choca sobre la persona, familia, comunidad o sistema cultural. El hecho traumático interactúa con la personalidad del individuo, un proceso medido en términos de cinco subsistemas *BASIC* (conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo). La reacción del sujeto en cambio afecta a los otros suprasistemas (familia, comunidad, etc.). En el sentido más inmediato, el cónyuge, hijos, y amigos cercanos se involucran íntimamente en la crisis. Sólo como probable, sin embargo, vecinos, compañeros de trabajo y la comunidad completa se afectan.

La terapia multimodal evalúa cada caso en sus cinco áreas y sus relaciones mutuas. Dependiendo del tipo de relación que se establezca entre ellas y de su secuencia de funcionamiento o activación se buscará una estrategia de tratamiento adecuado.

Se sostiene que los trastornos psicológicos provienen con frecuencia de maneras erróneas del pensar concretas y habituales, o sea, son producto de "distorsiones cognitivas". Estas, a su vez, derivan a creencias personales o significados subjetivos a menudo aprendidos en las etapas anteriores (generalmente infantiles) de vida. (Martín, 2010).

Cabe resaltar que esta terapia va más allá de un afrontamiento pasajero, teniendo como meta una interiorización y aprendizaje a través del dominio cognitivo que pueda ser adaptado a la vida diaria y así una mejor confrontación y disposición hacia el futuro.

En la Guía de atención paciente en crisis emocional – primeros auxilios psicológicos, (2014), se exponen los objetivos de los primeros auxilios psicológicos y de la terapia de crisis centrados en:

1. Alivio en lo inmediato de los síntomas de reacción.
2. Reducir el peligro de respuestas violentas y para potenciar la motivación del paciente a hallar un nuevo planteamiento para afrontar las circunstancias del suceso.
3. Restauración de un nivel de funcionamiento CASIC mínimo: (Cognitivo, Afectivo y Somático, Interpersonal y Conductual).
4. Comprensión de los eventos precipitantes relevantes que condujeron al desequilibrio.
5. Identificación de los recursos de ayuda y rescate que se pueden utilizar: Personales, familia, profesionales, comunidad, etcétera.
6. Iniciar nuevas formas de Percibir, Pensar y Sentir lo hasta ahora sucedido.
7. Desarrollar habilidades de afrontamiento efectivo, autoestima, asertividad y solución de conflictos.
8. Dar seguimiento a la intervención o asegurar su atención especializada posteriormente. La resolución final de la crisis depende de numerosos factores, que incluyen la gravedad del suceso precipitante, los recursos personales del individuo (fuerza del yo, experiencias con crisis anteriores) y sus recursos sociales (asistencia disponible de otros significantes).

9. Análisis del caso

La variable a analizar es la vulnerabilidad a desarrollar un trastorno depresivo persistente (distimia) con ansiedad en un paciente adulto mayor. En el presente trabajo se identifican factores de vulnerabilidad en la paciente, la cual la predispone a un cuadro depresivo con síntomas ansiosos.

Para desarrollar un trastorno mental, más específicamente del estado de ánimo, se deben agrupar ciertos factores para su resolución. Existen factores predisponentes de tipo psicológico, los cuales aportan grandemente en el origen de dichos cuadros clínicos. Para describir la vulnerabilidad cognitiva, existen teorías y modelos que lo explican, por lo que agrupándolos, se puede concluir que ciertos patrones de personalidad, como lo son los obsesivos, perfeccionistas, estándares inflexibles, aunado a patrones de pensamiento disfuncionales, como lo es la percepción e interpretación errónea sobre sí mismo, sobre sus experiencias, sobre el futuro, los cuales constituyen patrones de pensamiento rígidos e inflexibles inactivos a lo largo de la vida, activándose ante situaciones estresantes pueden desencadenar en un trastorno del estado de ánimo. Así lo expresa Rojas (1981), refiriéndose al modo de instalación de las depresiones preseniles, se caracteriza por “una tendencia a permanecer fijado o adherido a pensamientos o sentimientos...por ello, un sujeto con este carácter no puede sentirse aliviado sino tras haber realizado a fondo aquello que emprendió...se trata de un rasgo positivo del carácter que tan solo permite que uno se sienta

satisfecho cuando se han cumplido a fondo tanto la tarea como el propio deber o la propia responsabilidad. Estas personas son siempre muy apreciadas como ejemplares, dignas de confianza y serias. Cuando en cualquier ocasión, ya sea de índole psíquica o corporal, se esfuerzan en exceso, surge la melancolía presenil”. Por tanto, esto es un tipo de predisposición psicológica a la depresión, solo basándose en las características de personalidad previas a la enfermedad.

En cuanto a los patrones de pensamiento que predisponen al desarrollo de un cuadro depresivo, se explica a través de la tríada cognitiva (Beck), consistente en tres patrones cognitivos que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo particular. En cuanto a la visión negativa de sí mismo, el paciente se percibe a sí mismo con poco valor, inútil, indigno, incapaz, indeseable, atribuye sus fracasos a defectos propios, por tanto, debido a esos defectos se cree un inútil. Por otro lado, al interpretar sus experiencias de modo negativo, el paciente considera que el mundo le hace demandas exageradas, grandes obstáculos para alcanzar sus objetivos. El tercer componente es la visión negativa sobre el futuro. Cuando el paciente planea proyectos, considera que seguirá existiendo sufrimiento de manera indefinida, espera frustraciones, penas interminables, sus expectativas son de fracaso. (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983). En la paciente, existen pensamientos “estoy estorbando”, “soy una carga para ella”, “me va a decir que no me ve mejoría”, “soy un estorbo”, percibiéndose a sí misma como poco útil, donde su familia, en este caso sus hijos, son una parte fundamental en su vida, y al experimentar su distanciamiento, ocasiona tristeza, llanto, respuestas fisiológicas.

De igual forma, se debe tener en cuenta los vínculos afectivos desarrollados desde la niñez con las principales figuras afectivas, por lo que las interacciones débiles o desadaptativas marcarán la forma de relacionarse con las demás personas a lo largo de su vida. A ello se refiere Bowlby en su teoría del apego, donde se plantean aquellos factores que son la base para el desarrollo de vínculos significativos, los cuales guiarán las relaciones con los demás a lo largo de la vida. La calidad de la relación con las principales figuras afectivas (padres o cuidadores) es fundamental en los patrones de apego de una persona, por lo que entre más fuertes y estables sean las interacciones con los padres o cuidadores, así será el vínculo afectivo creado, lo cual determinará la calidad de las relaciones con otras personas a lo largo de la vida. (Manrique, 2003).

También existen factores externos, como lo son las pérdidas a temprana edad de figuras afectivas principales, sumado al ciclo evolutivo por el que atraviesan las personas, en este caso un adulto mayor superior a los 65 años presenta crisis como pérdida de autoridad, partida de hijos del hogar, fallecimiento de personas significativas, enfermedades físicas, percepción de inutilidad por decadencia de capacidades. Lo cual es expuesto por Manrique (2003), manifestando que la interrupción en la calidad del vínculo con las personas significativas ocasiona vínculos inseguros, por ello, los patrones disfuncionales de apego en la infancia están relacionados con una vulnerabilidad a la depresión. Por otra parte, de acuerdo a las etapas del desarrollo psicosocial de Erikson, en esta etapa de Integridad vs. Desesperación, la principal tarea es lograr una identidad del yo, donde la persona se sienta satisfecha por los logros alcanzados a lo largo de su vida, se analizan los errores cometidos, las experiencias

vivenciadas. Otra de las características es el retiro del trabajo, finalización de crianza de hijos, interpretando que no son útiles. Aunado al deterioro biológico, donde inicia la menopausia, enfermedades, preocupación por su salud. Así mismo, surgen preocupaciones por la muerte de familiares, amigos, pareja, así como la propia. Es aquí donde aumenta la probabilidad de padecer algún tipo de trastorno del estado de ánimo, como se explica en este estudio de caso.

En este caso la paciente participante de 67 años de edad, al analizar su historia de vida, se pueden encontrar muchos de estos factores mencionados: iniciando con pérdidas de figuras parentales desde los 7 años, donde padre abandona hogar y posteriormente a los 10 madre fallece, en esta ocasión T.I percibe “fue duro”, dado el estrecho vínculo afectivo que poseía con su madre, sin embargo, queda al cuidado de su madrina, una persona de avanzada edad por lo que debía cuidar de esta, teniendo responsabilidades a temprana edad, siendo ordenada y dedicada en sus labores. Al pasar los años, se consideraba la persona responsable, debiendo velar por el cuidado y bienestar de otros, incluso luego de tener su propia familia, donde esposo la abandona, minimizando este evento “estoy mejor” dada las características pasivas e irresponsables de éste. Posteriormente hijos viajan a otros países por motivos laborales, decisión que fue socializada desde el inicio, (no siendo repentina su partida), sin embargo, este es el desencadenante de su alteración en el estado de ánimo, sumado a otros factores estresantes como cuestiones legales. Ante estas situaciones, T.I interpreta esto “me dio duro, eran muy apegados a mí”, “nunca nos habíamos separado”, expresando el profundo vínculo afectivo, así como deseos de permanecer a su lado “quiero estar con mis 4 hijos”, por lo que inician síntomas depresivos reflejados en las cogniciones “quiero no sentir cansancio”, “me

siento estorbo”, “no debería sentirme así”, además de síntomas físicos: dolores musculares, taquicardia, sudoración excesiva, dolores estomacales, etc.

Con esta historia, se observan varios factores que predisponen a la paciente a desarrollar un trastorno depresivo persistente con ansiedad, dado que la sintomatología depresiva es superior a los dos años (más de 18 años), tiempo en el cual ha mantenido los síntomas, así como las reacciones fisiológicas y anticipatorias ante eventos estresantes, acudiendo incluso al consumo de manera indiscriminada de una benzodiacepina para alivio de malestares, sin embargo esta estrategia de resolución ocasionó otro tipo de problemática (dependencia a benzodiacepinas).

En la paciente, la situación desencadenante para el inicio de la sintomatología depresiva es la partida de sus hijos a otros países, aunado a otros estresores legales, en ese tiempo, la paciente acude a médico para regulación de síntomas con una benzodiacepina, sin embargo, decide continuar con dicho medicamento de manera voluntaria a lo largo de los años. De haber recibido ayuda psicológica en ese momento de su vida, en la cual hubo eventos estresantes, importantes, señalando el inicio de una realidad que estaba próxima a llegar como lo es el desprendimiento de sus hijos, la sintomatología hubiese remitido, apoyándose además en estrategias para resolver dichas situaciones o cualquiera que pudiera presentarse.

Todas estas experiencias a temprana edad de la paciente, crearon la base para el inicio de cuadros depresivos, continuando en su vida adulta y desencadenándose ante la partida de sus hijos, aunado a sus características de personalidad perfeccionistas, trabajadora, preocupada por el bienestar de otros, patrones de pensamiento disfuncionales, el ciclo vital donde inicia el desprendimiento de los hijos, enfermedades físicas. Por tanto, todo este cúmulo de factores llevó a la paciente a desarrollar un trastorno depresivo persistente con ansiedad.

10. Discusión y conclusiones

En este trabajo el objetivo fue describir los factores de vulnerabilidad asociados a la génesis del trastorno depresivo persistente (distimia) con ansiedad en un paciente adulto mayor, de lo que se puede concluir que existe la predisposición de tipo psicológica, caracterizándose por la vulnerabilidad cognitiva, así como historias de pérdidas y abandonos a lo largo de la vida, aunado al ciclo evolutivo en el que se encuentra la persona.

No existe un único factor que determine la consolidación de un trastorno del estado de ánimo, se deben involucrar diferentes variables, diferentes perspectivas, por tanto, al reunir todas las condiciones óptimas para el origen de un cuadro clínico, se puede comprender, detectar y por tanto crear planes de intervención más adecuados.

Sierra et al., (2008) expresan que: “existe un único estudio con una muestra importante según el cual el impacto de la pérdida maternal en el riesgo de depresión varía significativamente con la edad, siendo mayor en aquellos individuos que eran más jóvenes en el momento de la pérdida”. En el caso de la paciente, la pérdida de su madre ocurrió a la edad de 10 años, “fue duro” quedando al cuidado de su madrina (adulto mayor), debiendo posteriormente estar al cuidado de esta, desde aquí inicia el cuidado hacia otros, su preocupación por el bienestar de los demás, percibiéndolo como algo “natural” y continuándolo hasta la actualidad.

Tal como lo expresa Bowlby (1999), específicamente, en la depresión el tipo de pérdidas sufridas en la infancia es fallecimiento del padre o madre a partir de los 5 años o en ocasiones a partir de los 10 años de edad. Por tanto, se ha observado que en diversos pacientes psiquiátricos, la ruptura de vínculos afectivos durante la infancia es elevada tanto en la vinculación de la madre como con el padre en edades entre los 5 y 14 años.

Con lo anterior, se puede evidenciar otro objetivo de este trabajo, la relación entre pérdidas afectivas y cuadro depresivo, concluyendo que la paciente tiene la predisposición a desarrollar un trastorno depresivo persistente, dada la pérdida de su principal figura afectiva a temprana edad, sin embargo, esto no sería suficiente para desarrollar dicho trastorno, necesitando de otros factores.

En otros estudios, se evidencia que la depresión está relacionada con el estrés de la vida, como las separaciones y las pérdidas interpersonales (Sethi, 1964; Levi et al., 1966; Beck y Worthen, 1972; Clancy et al., 1973; Jacobs et al., 1974). Es decir, en el caso de la paciente, la partida de sus hijos a otros países, desencadenó la sintomatología depresiva “quiero estar con mis 4 hijos”, “me siento estorbo”, “me siento cansada”, así como reacciones fisiológicas, sudoración excesiva, taquicardia, dolores musculares, dolores estomacales, además de anticiparse de manera negativa “me va a decir que no ve mejoría”, “si no me ven mejoría me van a internar”.

Los estudios actuales sobre la génesis de los trastornos depresivos apoyan la idea de que la depresión en el adulto surge de la interacción entre ciertas situaciones estresantes y un factor de predisposición o vulnerabilidad de la personalidad del sujeto, en el caso de la paciente, posee características perfeccionistas, ordenada, trabajadora, responsable, estando presentes desde su niñez. Así mismo, también se involucra al ambiente en este desarrollo. De esta forma, los factores precipitantes que preceden al desarrollo de la depresión son considerados como detonantes, así mismo, los eventos traumáticos durante la infancia constituyen elementos formativos en el desarrollo de la personalidad proclive a la depresión (Ayuso & Sáiz, 1981), en la paciente se dieron dichos eventos: pérdida de padres en la niñez y abandonos en la etapa adulta, siendo el detonante el viaje de sus hijos. Es decir, existen múltiples factores que pueden desencadenar un trastorno del estado de ánimo, por lo que guiarse por uno solo resultaría errado, sesgado y no permitiría un abordaje completo.

Otro factor involucrado son los patrones de pensamiento en esta paciente, explicado a través del modelo cognitivo representado en la tríada cognitiva (Beck), la cual consiste en tres patrones cognitivos que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo particular. La paciente se percibe como poco útil “soy un estorbo”, los demás (hijos) representan parte fundamental en su vida, por lo que su partida ocasiona tristeza, llanto, percepción de ser poco amada.

Factores de vulnerabilidad asociados a la génesis del trastorno depresivo persistente
(distimia) con ansiedad en un paciente adulto mayor
Carolina Gómez Truyol

En este trabajo, la variable a estudiar son los factores de vulnerabilidad asociados a la génesis de un trastorno depresivo persistente con ansiedad en un paciente adulto mayor, sin embargo, también se aborda el tema de terapia breve de urgencia, debido a las características de la paciente y el estado en el que se encuentra al iniciar el proceso terapéutico.

Se logra hacer la intervención breve necesaria en la paciente, dado su estado, estabilizando su estado de ánimo y respuestas fisiológicas, siendo estas las quejas principales de la paciente, por tanto, además de describir los factores de vulnerabilidad en el origen del trastorno depresivo persistente, se trabaja paralelo con la terapia breve para la estabilización de la paciente, lo cual se logra.

Los hallazgos sobre aquellos factores de vulnerabilidad que inciden en el origen del trastorno depresivo persistente, proporcionan resultados sobre múltiples variables en el desarrollo del cuadro clínico, por lo que se hace necesario intervenir en cada una de las áreas involucradas para evitar posibles consecuencias mayores, incluido al suicidio.

Se hace énfasis en la identificación de factores de vulnerabilidad en el origen del trastorno depresivo persistente y posterior terapia breve, logrando que la paciente identifique su problemática y sea percibida de una manera objetiva, logrando una adherencia al tratamiento, sin embargo, se debe continuar con el proceso terapéutico en esta paciente, para así determinar la efectividad del plan de intervención, no obstante, identificando las variables

que inciden en el trastorno del estado de ánimo es un gran progreso, el cual puede dar beneficios mayores a medida que avanza el proceso terapéutico en esta paciente de estudio.

Por tanto, se concluye que para la génesis del trastorno depresivo persistente (distimia) con ansiedad en la paciente de 67 años de edad, se reunieron distintas variables como lo fueron: historias de pérdidas a temprana edad (padre y madre), abandonos por parte de personas significativas (esposo, hijos), características de personalidad con tendencias perfeccionistas, patrones de pensamiento negativos y catastróficos con respecto a sí misma, las experiencias y su futuro, crisis de la edad evolutiva (enfermedades físicas, pérdida de capacidades, partidas de hijos, fallecimientos), todas estas variables incidieron en el origen y desarrollo de un trastorno depresivo persistente con ansiedad.

11. Bibliografía

Abramson, L., Alloy, L., Metalsky, G., Joiner, T & Sandín, B. (1997). Teoría de la depresión por desesperanza: aportaciones recientes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* Vol.2 N°3. Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Psicopat-1997-2C483226-C41A-C2BF-E6FF-B2B50A1DAEB4/PDF>

Arzaluz, S. (2005). La utilización del estudio de caso en el análisis local. *Región y Sociedad* Vol. XVII No. 32. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10203204>

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.

Ayuso J.L. & Sáiz J. (1981). *Las depresiones: Nuevas perspectivas clínicas, etiopatogénicas y terapéuticas*. Madrid: Interamericana.

Beck, A., Rush, A., Shaw, B & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Desclée de Brouwer.

Becona, E. (2006). Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* vol. 11, N°3. Recuperado de [http://aepcp.net/arc/01.2006\(3\).Becona.pdf](http://aepcp.net/arc/01.2006(3).Becona.pdf)

Bordignon, N A; (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2() 50-63. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69520210>

Factores de vulnerabilidad asociados a la génesis del trastorno depresivo persistente
(distimia) con ansiedad en un paciente adulto mayor
Carolina Gómez Truyol

Bowlby, J. (1985). *La separación afectiva*. Barcelona, Esp: Paidós.

Bowlby, J. (1999). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdidas*. Ed. Morata

Gómez, C & Roa, M. (2002). Tratamiento de una depresión causada por pérdida afectiva: caso único. *Acción Psicológica* 2 (195-204). Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/view/552/489>

Hernangómez, L. (2012). *Vulnerabilidad cognitiva a la depresión: relación entre sesgos atencionales, auto-representación y síntomas depresivos*. (Tesis doctoral). Recuperado de <http://eprints.ucm.es/16407/1/T33908.pdf>

Izquierdo, A. (2005). Psicología del desarrollo de la edad adulta: teorías y contextos. *Revista Complutense de Educación* Vol. 16 Núm. 2. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/39288314_Psicologia_del_desarrollo_de_la_edad_adulta_teorias_y_contextos

Jiménez-Maldonado, M., Gallardo-Moreno, G., Villaseñor-Cabrera, T & González-Garrido, A. (2013). La distimia en el contexto clínico. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2013; 42(2). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v42n2/v42n2a09.pdf>

Llanes, H., López, Y., Vázquez, J & Hernández, R. (2015). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Revista de Ciencias Médicas La Habana* 21(1). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2015/cmh151h.pdf>

Manrique, E. (2003). Antecedentes tempranos y modalidades de vulnerabilidad cognitiva para la depresión. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán* Vol. IV

Factores de vulnerabilidad asociados a la génesis del trastorno depresivo persistente
(distimia) con ansiedad en un paciente adulto mayor
Carolina Gómez Truyol

Nº2. Recuperado de
<http://www.hhv.gob.pe/revista/2003II/4%20ANTECEDENTES%20TEMPRANOS%20%20Y%20MODALIDADES%20DE.pdf>

Martin, J. (2010). Manejo y Práctica de Situaciones Traumáticas Counselling e Intervención en Crisis/PTSD Parral, julio 2010. *Centro de humanización de la salud*. Recuperado de https://sosdrs.files.wordpress.com/2010/05/dossier_curso_parral_07_2010.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Manual para la promoción y detección temprana de la salud mental. *Ministerio de Salud y Protección Social*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Boletín de salud mental –Depresión. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. *Ministerio de Salud y Protección Social*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2017). *"Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad*. Recuperado de http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102%3Adepression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es

Ramos, J., Meza, A., Maldonado, I., Ortega, M., Hernández, M. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo, 11*. Recuperado de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/11/011_Ramos.pdf

Factores de vulnerabilidad asociados a la génesis del trastorno depresivo persistente
(distimia) con ansiedad en un paciente adulto mayor
Carolina Gómez Truyol

Rodríguez, K. (2010). Vejez y envejecimiento. *Doc. Inv. Esc. Med. Cs. Salud* Núm. 12. Universidad del Rosario. Recuperado de http://www.urosario.edu.co/urosario_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf

Rojas, E. (1981). *Psicopatología de la depresión*. Barcelona: Salvat.

Ruiz, N. (2012). La definición y medición de la vulnerabilidad social. Un enfoque normativo. *Investigaciones Geográficas (Mx)*, () 63-74. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56923353006>

Santos, M &Valencia, N. (2015). Envejecer en Colombia. *América Latina Hoy*, 71. Doi <http://dx.doi.org/10.14201/alh2015716181>

Segura, A., Cardona, D., Segura, A & Garzón, M. (2015). Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. *Revista de Salud Pública* Vol. 17 N°2. DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n2.41295>

Sierra, P., Livianos, L & Rojo, L. (2008). El papel de la pérdida en la génesis de los trastornos depresivos. *Actas Esp Psiquiatr* 37(3):128-136. Recuperado de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/10/57/ESP/13530+2-1245.pdf>

Universidad Industrial de Santander. (2014). *Guía de atención paciente en crisis emocional – Primeros auxilios psicológicos*. Recuperado de https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.80.pdf

Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L & Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación

Factores de vulnerabilidad asociados a la génesis del trastorno depresivo persistente
(distimia) con ansiedad en un paciente adulto mayor
Carolina Gómez Truyol

Behavioral Psychology / Psicología Conductual, Vol. 18, N° 1. Recuperado de [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2009-Modelo_cognitivo_depresion\(Vazquez_et_al\)-Ps_Conductual_2009.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2009-Modelo_cognitivo_depresion(Vazquez_et_al)-Ps_Conductual_2009.pdf)

Vázquez, F., Muñoz, R & Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología conductual* Vol. 8, N°3. Recuperado de <http://www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf>

12. Anexos

Anexo 1. Escala de Desesperanza (HS)

Escala de la Desesperanza (HS)
(Beck et al., 1974)

	Verdadero (V)	Falso (F)
1. Miro hacia el futuro con optimismo y esperanza	X	
2. Debería darme por vencido, puesto que yo solo no puedo hacer mejor las cosas.		X
3. Cuando las cosas van mal, me anima saber que no pueden continuar así por mucho tiempo	X	
4. No puedo imaginarme cómo será mi vida dentro de 10 años		X
5. Tengo todo un futuro para realizar lo que más deseo en la vida	X	
6. En el futuro, espero triunfar en lo que realmente deseo.	X	
7. Veo mi futuro con pesimismo		X
8. Espero que la vida me ofrezca más que al resto de la gente	X	
9. No consigo que la vida me sonría, y no creo que el futuro pueda cambiarlo.		X
10. El pasado me ha enseñado a afrontar satisfactoriamente el futuro.	X	
11. Todo a mi alrededor es más negativo que positivo	X	X
12. No creo que consiga lo que realmente quiero		X
13. Espero que en el futuro sea más feliz que lo que soy ahora	X	
14. Nunca consigo que las cosas me salgan como quiero		X
15. Tengo fe en el futuro	X	
16. Es absurdo que desee algo, pues nunca consigo lo que quiero		X
17. Dificilmente conseguiré algo bueno en mi vida		X
18. El futuro me parece vago e incierto		X
19. Espero con entusiasmo que en mi vida haya más momentos buenos que malos	X	
20. Es inútil que luche por lo que quiero, porque lo más (pues es muy) probable es que no lo consiga.		X

= 0

Factores de vulnerabilidad asociados a la génesis del trastorno depresivo persistente
(distimia) con ansiedad en un paciente adulto mayor
Carolina Gómez Truyol

Anexo 2. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

INVENTARIO DE ANSIEDAD (BAI)
(Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988)
(Trad. Ballester, 1992)

NOMBRE: Teresa Ibáñez FECHA: 6 de abril/17

A continuación se encuentra una lista de síntomas comunes de ansiedad. Por favor, lea atentamente cada ítem de la lista. Indique en qué medida le ha afectado a usted cada síntoma durante la semana pasada, incluyendo hoy, colocando una X en el espacio correspondiente de la fila que hay al lado de cada uno.

	Nada	Poco	Bastante (fue muy molesto, pero lo soporté)	Mucho (apenas lo pude soportar)
1. Entumecimiento u hormigueo	X			
2. Sensación de calor				X
3. Temblor en las piernas			X	
4. Incapacidad para relajarse		X		
5. Miedo a que ocurra lo peor			X	
6. Vértigo o mareo			X	
7. Palpitaciones			X	
8. Inestabilidad			X	
9. Terror	X			
10. Nervios			X	
11. Sensaciones de ahogo	X			
12. Temblor de manos		X		
13. Inestabilidad			X	
14. Miedo a perder el control	X			
15. Dificultades para respirar	X			
16. Miedo a morir	X			
17. Pánico	X			
18. Indigestión o molestias en el abdomen				X
19. Sensación de desmayo	X			
20. Rubor en la cara	X			
21. Sudor (no debido al calor)			X	

= 24
Ansiedad moderada

Factores de vulnerabilidad asociados a la génesis del trastorno depresivo persistente
(distimia) con ansiedad en un paciente adulto mayor
Carolina Gómez Truyol

Anexo 3. Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan, 1991)

**INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS
RUIZ Y LUJAN, 1991**

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una lista de pensamientos que suelen presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que Usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

- 0 Nunca lo pienso
1 Algunas veces pienso eso
2 Bastantes veces lo pienso
3 Con mucha frecuencia lo pienso

No.	Pensamientos	Respuesta
1.	No puedo soportar ciertas cosas que me pasan	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
2.	Solamente me pasan cosas malas	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
3.	Todo lo que hago me sale mal	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
4.	Sé que piensan mal de mí	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
5.	¿Y si tengo alguna enfermedad grave?	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
6.	Soy inferior a la gente en casi todo	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
7.	Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
8.	¡No hay derecho a que me traten así!	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
9.	Si me siento triste es porque son un enfermo mental	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
10.	Mis problemas dependen de los que me rodean	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
11.	Soy un desastre como persona	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
12.	Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
13.	Debería de estar bien y no tener esos problemas	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
14.	Sé que tengo la razón y no me entienden	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
15.	Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
16.	Es horrible que me pase esto	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
17.	Mi vida es un continuo fracaso	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
18.	Siempre tendré este problema	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
19.	Sé que me están mintiendo y engañando	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
20.	¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
21.	Soy superior a la gente en casi todo	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
22.	Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
23.	Si me quisieran de verdad no me tratarían así	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
24.	Me siento culpable y es porque he hecho algo malo	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
25.	Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
26.	Alguien que conozco es un imbécil	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
27.	Otros tienen la culpa de lo que me pasa	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
28.	No debería cometer estos errores	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
29.	No quiere reconocer que estoy en lo cierto	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
30.	Ya vendrán mejores tiempos	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
31.	Es insoportable, no pudo aguantar más	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
32.	Soy incompetente e inútil	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
33.	Nunca podré salir de esta situación	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
34.	Quieren hacerme daño	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
35.	¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
36.	La gente hace las cosas mejor que yo	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
37.	Soy una víctima de mis circunstancias	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
38.	No me tratan como deberían hacerlo y como me merezco	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
39.	Si tengo esos síntomas es porque soy enfermo	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
40.	Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
41.	Soy un neurótico	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
42.	Lo que me pasa es un castigo que merezco	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
43.	Debería recibir más atención y cariño de otros	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
44.	Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3
45.	Tarde o temprano me irán las cosas mejor	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3

Anexo 4. Inventario de Depresión de Beck

Inventario para la Depresión de Aaron Beck
(Beck Depression Inventory, BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979)

En este cuestionario hay grupos de frases. Por favor lea cuidadosamente cada grupo. Luego escoja una frase en cada grupo la cual describe mejor la forma como usted se ha sentido últimamente. Encierre en un círculo el número del lado de la frase que eligió. Si le parece que varias frases del grupo se aplican igual. Señale una.

Esté seguro de leer todas las frases en cada grupo antes de marcar una elección.

1.

☒ 0. No me siento triste.

1. Me siento triste.

2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2.

0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.

1. Me siento desanimado de cara al futuro.

2. siento que no hay nada por lo que luchar.

☒ 3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3.

☒ 0. No me siento fracasado.

1. he fracasado más que la mayoría de las personas.

2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.

3. Soy un fracaso total como persona.

4.

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.

☒ 1. No disfruto de las cosas tanto como antes.

2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.

3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5.

☒ 0. No me siento especialmente culpable.

1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.

2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

3. Me siento culpable constantemente.

6.

☒ 0. No creo que esté siendo castigado.

1. siento que quizás esté siendo castigado.

2. Espero ser castigado.

3. Siento que estoy siendo castigado.

Factores de vulnerabilidad asociados a la génesis del trastorno depresivo persistente
(distimia) con ansiedad en un paciente adulto mayor
Carolina Gómez Truyol

T.I

7. ☒ 0. No estoy descontento de mí mismo.
1. Estoy descontento de mí mismo.
2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
3. Me detesto.
8. ☒ 3
0. No me considero peor que cualquier otro.
1. me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.
2. Continualmente me culpo por mis faltas.
☒ 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. ☒ 0
0. no tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2. Desearía poner fin a mi vida.
3. me suicidaría si tuviese oportunidad.
10. ☒ 0
0. No lloro más de lo normal.
1. ahora lloro más que antes.
2. Lloro continuamente.
3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.
11. ☒ 2
0. No estoy especialmente irritado.
1. me molesto o irrito más fácilmente que antes.
☒ 2. me siento irritado continuamente.
3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.
12. ☒ 0
0. No he perdido el interés por los demás.
1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
2. He perdido gran parte del interés por los demás.
3. he perdido todo interés por los demás.
13. ☒ 3
0. tomo mis propias decisiones igual que antes.
1. Evito tomar decisiones más que antes.
2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
☒ 3. Me es imposible tomar decisiones.
14. ☒ 0
0. No creo tener peor aspecto que antes
1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.

Factores de vulnerabilidad asociados a la génesis del trastorno depresivo persistente
(distimia) con ansiedad en un paciente adulto mayor
Carolina Gómez Truyol

- T.I
- 3 2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
⑤ Creo que tengo un aspecto horrible.
15.
① Trabajo igual que antes.
1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.
16.
① Duermo tan bien como siempre.
1. No duermo tan bien como antes.
2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
17.
① No me siento más cansado de lo normal.
1. Me canso más que antes.
2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18.
① Mi apetito no ha disminuido.
1. No tengo tan buen apetito como antes.
2. Ahora tengo mucho menos apetito.
3. he perdido completamente el apetito.
19.
0. No he perdido peso últimamente.
① He perdido más de 2 kilos.
2. He perdido más de 4 kilos.
3. He perdido más de 7 kilos.
20.
① No estoy preocupado por mi salud
1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
2 ② Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.
21.
0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
3 1. La relación sexual me atrae menos que antes.
2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
③ He perdido totalmente el interés sexual.

= 21 Depresión Moderada

Factores de vulnerabilidad asociados a la génesis del trastorno depresivo persistente
(distimia) con ansiedad en un paciente adulto mayor
Carolina Gómez Truyol

Anexo 5. Cuestionario Assist V3.0

OMS - ASSIST V3.0

OMS - ASSIST V3.0

ENTREVISTADOR PAÍS CLÍNICA

No. CONSULTANTE FECHA

INTRODUCCIÓN (Léala al consultante o paciente)

Gracias por aceptar esta breve entrevista sobre alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy a hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, aspiradas, inhaladas, inyectadas o tomadas en forma de pastillas o píldoras (muestre la tarjeta de drogas).

Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar medicinas que hayan sido consumidas tal como han sido prescritas por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o en dosis más altas a las prescritas, por favor dígamelo. Si bien estoy interesado en conocer su consumo de diversas drogas, tenga la plena seguridad que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.

NOTA: ANTES DE FORMULAR LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LA TARJETA DE RESPUESTAS AL CONSULTANTE

Pregunta 1
(Si luego hace seguimiento, compare las respuestas del consultante con las que dio a la P1 del cuestionario inicial. Cualquier diferencia en esta pregunta debe ser explorada)

A lo largo de su vida, ¿cual de las siguientes sustancias ha consumido <u>alguna vez</u> ? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)	No	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otras - especifique:	0	3

Compruebe si todas las respuestas son negativas:
"¿Tampoco en fiestas, o cuando iba al colegio?"

Si contestó "No" a todos los ítems, termine la entrevista.
Si contestó "Si" a alguno de estos ítems, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.

Abril 2009

1

Factores de vulnerabilidad asociados a la génesis del trastorno depresivo persistente (distimia) con ansiedad en un paciente adulto mayor
Carolina Gómez Trujol

OMS - ASSIST V3.0



Pregunta 2

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

Si respondió "Nunca" a todos los ítems en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.

Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada una de las sustancias.

Pregunta 3

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - especifique:	0	3	4	5	6

Abril 2009

2

Factores de vulnerabilidad asociados a la génesis del trastorno depresivo persistente
(distimia) con ansiedad en un paciente adulto mayor
Carolina Gómez Trujol

OMS - ASSIST V3.0



Pregunta 4

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - especifique:	0	4	5	6	7

Pregunta 5

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

Abril 2009

3

Factores de vulnerabilidad asociados a la génesis del trastorno depresivo persistente (distimia) con ansiedad en un paciente adulto mayor
Carolina Gómez Truyol

T.I

OMS - ASSIST V3.0



Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que el consultante o paciente ha consumido alguna vez (es decir, aquellas mencionadas en la Pregunta 1)

Pregunta 6

¿Un amigo, un familiar o alguien más <u>alguna vez</u> ha mostrado preocupación por su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

Pregunta 7

¿Ha intentado <u>alguna vez</u> controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

Abril 2009

4

Factores de vulnerabilidad asociados a la génesis del trastorno depresivo persistente (distimia) con ansiedad en un paciente adulto mayor
Carolina Gómez Truyol

OMS - ASSIST V3.0



Pregunta 8

	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido <u>alguna vez</u> alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	0	2	1

NOTA IMPORTANTE:

A los consultantes (o pacientes) que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este periodo, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

PATRÓN DE INYECCIÓN

Una vez a la semana o menos
o
Menos de 3 días seguidos

Más de una vez a la semana o
3 o más días seguidos

GUÍAS DE INTERVENCIÓN

Intervención Breve, incluyendo la tarjeta
"riesgos asociados con inyectarse"

Requiere mayor evaluación y
tratamiento más intensivo *

CÓMO CALCULAR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.

Para cada sustancia (de la a. a la j.) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. No incluya los resultados de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación.

Por ejemplo, la puntuación para cannabis se calcula como: $P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c$

Note que la P5 para el tabaco no está codificada, y se calcula como: $P2a + P3a + P4a + P6a + P7a$

EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA

	Registre la puntuación para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco		0 – 3	4 – 26	27+
b. Alcohol		0 – 10	11 – 26	27+
c. Cannabis		0 – 3	4 – 26	27+
d. Cocaína		0 – 3	4 – 26	27+
e. Anfetaminas		0 – 3	4 – 26	27+
f. Inhalantes		0 – 3	4 – 26	27+
g. Sedantes	22	0 – 3	4 – 26	27+
h. Alucinógenos		0 – 3	4 – 26	27+
i. Opiáceos		0 – 3	4 – 26	27+
j. Otras drogas		0 – 3	4 – 26	27+

NOTA: *UNA MAYOR EVALUACIÓN Y UN TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO pueden ser proporcionados por profesionales de la salud en el ámbito de atención primaria, o por un servicio especializado para las adicciones si está disponible.

Abril 2009

5

Anexo 6. IBT Cuestionario de Creencias Irracionales

IBT CUESTIONARIO DE CREENCIAS IRRACIONALES

Este es un cuestionario de cómo usted cree y siente acerca de varias cosas. Para cada pregunta usted debe encerrar en un círculo un número de la columna de la derecha, el cual exprese mejor su actitud hacia la pregunta. Asegúrese de marcar lo que usted actualmente cree o siente y no como cree que debería sentir. No es necesario pensar mucho. Trate de evitar lo neutro o la respuesta "3" tanto como le sea posible. Sólo utilice éste número si usted realmente no puede decidir si está de acuerdo o no. Recuerde que no hay respuestas buenas o malas. Cuanto más sinceramente conteste, más útil será el test para usted.

1. Muy de acuerdo
2. Moderadamente de acuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. Moderadamente en desacuerdo
5. Muy en desacuerdo

1. Es importante para mí que otros me aprueben	X 2 3 4 5°	5
2. Odio equivocarme en cualquier cosa	1 2 X 4 5°	3
3. Muchas personas perversas escapan al castigo que se merecen	X 2 3 4 5°	5
4. Generalmente acepto lo que pasa	1 X 3 4 5	2
5. Si alguien quiere puede ser feliz bajo casi todas las circunstancias	X 2 3 4 5°	5
6. Tengo temor de algunas cosas que suelen molestarme	1 2 3 4 X 5°	1
7. Todos necesitamos de alguien para depender	X 2 3 4 5°	5
8. Una zebra no puede cambiar sus rayas	X 2 3 4 5°	5
9. Hay una forma correcta de hacer todas las cosas	X 2 3 4 5°	5
11. Me gusta el respeto de otros, pero yo no tengo que hacerlo	X 2 3 4 5°	5
12. Evito las cosas que no puedo hacer	1 2 3 X 5°	2
13. Aquellos que obran mal deben ser sancionados	X 2 3 4 5°	5
14. Las frustraciones no me afligen	X 2 3 4 5°	5
15. Yo creo mi propio estado de ánimo	X 2 3 4 5	1
16. Siento poca ansiedad por cosas peligrosas que puedan ocurrir en el futuro	X 2 3 4 5	1
17. Cuando debo tomar decisiones importantes trato de consultar con alguna autoridad en el tema	1 2 3 X 5	4

Factores de vulnerabilidad asociados a la génesis del trastorno depresivo persistente
(distimia) con ansiedad en un paciente adulto mayor
Carolina Gómez Truyol

18. Es casi imposible superar la influencia del pasado	1 2 3 4 5°	5
19. No hay una solución perfecta para nada	1 2 3 4 5	1
21. Quiero agradar a todas las personas	1 2 3 4 5°	3
22. No me importa competir en actividades donde otros son mejores que yo	1 2 3 4 5	1
23. La inmortalidad debería ser fuertemente castigada	1 2 3 4 5°	3
24. Con frecuencia me siento molesto por situaciones que no me gustan	1 2 3 4 5°	5
25. La gente que es infeliz, es así porque generalmente ellos mismos se lo buscaron	1 2 3 4 5	1
26. En ocasiones no puedo dejar de pensar en cosas que me preocupan	1 2 3 4 5°	5
27. La gente necesita algo extremo que les de fuerza	1 2 3 4 5°	5
28. Si yo hubiera tenido experiencias diferentes, sería mas como yo quiero ser	1 2 3 4 5°	5
29. Muy rara vez se halla un camino fácil en la vida	1 2 3 4 5	1
31. Puedo gustarme a mí mismo aunque a muchos yo no les guste	1 2 3 4 5	1
32. Me gustaría tener éxito pero no siento que deba esforzarme para ello o que "tenga que" hacerlo	1 2 3 4 5	2
33. Son pocas las veces que culpo a las personas por su maldad	1 2 3 4 5°	5
34. Generalmente acepto las cosas como son, inclusive si no me gustan	1 2 3 4 5	1
35. Depende de uno mismo el tiempo que dure un estado de ánimo desagradable	1 2 3 4 5	2
36. Rara vez estoy ansioso por el futuro	1 2 3 4 5	4
37. Hay ciertas personas de quien dependo enormemente	1 2 3 4 5	5
38. Rara vez pienso que experiencias pasadas me afectan ahora	1 2 3 4 5	5
39. Algunos problemas siempre estarán con nosotros	1 2 3 4 5	1
41. Aunque me gusta la aprobación no	1 2 3 4 5	1

Factores de vulnerabilidad asociados a la génesis del trastorno depresivo persistente
(distimia) con ansiedad en un paciente adulto mayor
Carolina Gómez Truyol

es una necesidad real para mí		
42. Me molesta cuando otros son mejores que yo en algo	X 2 3 4 5°	5
43. Todas las personas son fundamentalmente buenas	1 2 3 4 X	5
44. Si las cosas me molestan, simplemente las ignoro	X 2 3 4 5	1
45. Cuantos problemas tengo una persona menos feliz será	1 X 3 4 5°	4
46. Me preocupo demasiado por ciertas cosas del futuro	1 2 X 4 5°	3
47. Yo soy el único que puede entender y enfrentar mis problemas	X 2 3 4 5	1
48. Somos esclavos de nuestra historia personal	X 2 3 4 5°	5
49. Vivimos en un mundo de azar y probabilidad	1 X 3 4 5	2
51. Me preocupo con frecuencia sobre cuanta gente me aprueba	X 2 3 4 5°	5
52. Me molesta cometer errores	X 2 3 4 5°	5
53. No es justo que "lleve sobre justos e injustos"	1 2 3 X 5°	2
54. Hago lo que puedo hacer para conseguir lo que quiero y por eso no suelo preocuparme	X 2 3 4 5	1
55. Nada es deprimente por sí mismo, depende de cómo lo interpretes	X 2 3 4 5	1
56. Algunas veces no puedo liberar temores de mi mente	X 2 3 4 5°	5
57. Me disgusta que otros tomen decisiones por mí	X 2 3 4 5	1
58. Una vez que algo te haya afectado en la vida, siempre lo hará	1 X 3 4 5	2
59. Rara vez hay una solución ideal para cada cosa	1 X 3 4 5	2
61. Me interesa bastante lo que la gente siente por mí	X 2 3 4 5°	5
62. Suelo incomodarme bastante por cosas pequeñas	X 2 3 4 5°	5
63. Generalmente doy a quien me agrada una segunda oportunidad	1 X 3 4 5	2
64. Soy bastante calmado para enfrentar la vida	1 2 X 4 5	3
65. Nunca hay una razón para estar preocupado por mucho tiempo	X 2 3 4 5	1
66. Casi nunca pienso en cosas como	X 2 3 4 5	1

Factores de vulnerabilidad asociados a la génesis del trastorno depresivo persistente
(distimia) con ansiedad en un paciente adulto mayor
Carolina Gómez Truyol

T.I

la muerte o la guerra		
67. Me disgusta tener que depender de otros	X 2 3 4 5	1
68. La gente fundamentalmente nunca cambia	1 2 3 X 5°	2
69. Es mejor buscar una solución practica que una solución perfecta	X 2 3 4 5	1
71. Es molesto pero no deprimente ser criticado	X 2 3 4 5	1
72. No temo hacer cosas que no puedo hacer bien	X 2 3 4 5°	5
73. Nadie es malo, aún cuando sus actos lo sean	X 2 3 4 5	1
74. Rara vez me inquieta los errores de los otros	X 2 3 4 5	1
75. Los hombres hacen su propio infierno, con ellos dentro	X 2 3 4 5	1
76. Con frecuencia pienso que haría yo en situaciones de peligro	1 2 3 4 X	1
77. He aprendido a no esperar que alguien (distinto) de mí se preocupe por mi bienestar	X 2 3 4 5	1
78. No miro el pasado con ningún remordimiento	X 2 3 4 5°	5
79. No hay nada que se aproxime a lo ideal	X 2 3 4 5	1

Anexo 7. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE CASO SOBRE FACTORES VULNERABLES ASOCIADOS A LA GÉNESIS DEL CUADRO ANSIOSO DEPRESIVO

Nombre de la psicóloga(o): Carolina Gómez Truyol

Señor(a) Teresa Mercedes Ibáñez Sandoval le estamos invitando a participar en un estudio de caso de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad del Norte de Barranquilla.

Primero, nosotros queremos que usted conozca que:

- La autorización para utilizar en este estudio de caso el material o contenido desarrollado durante las sesiones es absolutamente voluntaria.
- Esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a autorizar utilizar el contenido de nuestras sesiones con fines académicos en la elaboración de un estudio de caso sin tener que dar explicaciones.
- Los temas abordados que serán analizados en este estudio de caso y sus datos personales se mantendrán en absoluta reserva.
- Usted no recibirá beneficio económico alguno del estudio actual. Los estudios de caso como este sólo producen conocimientos que pueden ser aplicados en el campo de la psicoterapia más adelante.

Procedimientos

En el estudio de caso, en el cual usted participará, se analizarán los contenidos dialogados durante las distintas entrevistas que le fueron o serán realizadas. Se que de la forma más auténtica y sincera posible usted hable sobre su experiencia en particular.

La información obtenida en las entrevistas será sometida a un proceso de análisis en el que lo importante es poder llegar a comprender cuáles son esos factores que hacen vulnerables a desarrollar un cuadro ansioso depresivo.

Los resultados serán publicados (manteniendo total reserva sobre los datos personales) y entregados a la Universidad del Norte como requisito para el grado de la Maestría en Psicología. Usted recibirá retroalimentación sobre lo encontrado en el caso antes de ser socializados.

Factores de vulnerabilidad asociados a la génesis del trastorno depresivo persistente
(distimia) con ansiedad en un paciente adulto mayor
Carolina Gómez Truyol

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Después de haber leído comprensivamente toda la información contenida en este documento en relación con el estudio de caso sobre *Factores vulnerables asociados a la génesis del cuadro ansioso depresivo* y de haber recibido del señor(a) Teresa Ibañez Sanabral explicaciones verbales sobre la misma, así como respuestas satisfactorias a mis inquietudes, he decidido de forma libre, consciente y voluntaria aceptar participar en este caso. Además, autorizo a Carolina Gómez Truyol para utilizar la información codificada en este caso en un artículo científico, en el cual se manejará con total confidencialidad y reserva todos mis datos de contacto.

En constancia, firmo este documento de consentimiento informado, en presencia del señor(a) Teresa Ibañez y el testigo (Ana Milena Marín (hija)), en la ciudad de Barranquilla el día 19 del mes de mayo del año 2017.

Nombre, firma y documento de identidad:

Nombre: Teresa Ibañez Sanabral Firma: Teresa Ibañez Sanabral
Cédula de ciudadanía: 22 386 777 de B/guillao

Nombre, firma y documento de identidad de la psicóloga(o):

Nombre: Carolina Gómez Truyol Firma: Carolina Gómez Truyol
Cédula de ciudadanía: 1143371403 de Cartagena
Teléfono: 3163155186, Correo electrónico: c.gomeztruyol@gmail.com

Nombre, firma y documento de identidad del Tutor del caso:

Nombre: Juan Pablo Firma: Juan Pablo
Cédula de ciudadanía: 32 200 423 de B/guillao
Teléfono: 3004227402, Correo electrónico: j.pobos@uniquindio.edu.co